المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لشئون المراكز

VISION رؤية 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

وزارة الصحة
Ministry of Health

دليل سياسات وإجراءات العمل بمراكز الرعاية الصحية الأولية

٢٠١٩-٢٠٢٠م

(الجزء الثاني)

Ministry of Health
وزارة الصحة

VISION رؤية 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لشئون المراكز



DENTAL AND ORAL HEALTH SERVICES

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبدالكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied To: All Dental Staff in PHC	**Title:** Infection control in Dental Clinic مكافحة العدوى في عيادة الأسنان	**Page 1 of 8**
Department: Administrative Policy & Procedures	**Policy Number:** DOH-IPP-002EA (2)	**Replaces No.:** DOH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1. **PURPOSE**

1.1 To provide guidelines on proper infection control practices in the Dental Clinic in PHC.

2. **DEFINITIONS**

2.1 Cleaning:
The physical removal of foreign material (e.g.- dust, soil, organic material). This process entails scrubbing instruments and other items with a brush and using detergent and water.

2.2 Sterilization:
The sterilization process eliminates all microorganisms (bacteria, viruses, fungi, and parasites), including bacterial spores. Sterilization is recommended for instruments and for other items that will come in contact with the bloodstream or tissues under the skin.

2.3 Standard Precautions:
Are group of infection prevention practices that apply to the care of all patients in all healthcare settings, regardless of the suspected or confirmed presence of an infectious agent. They are the primary strategy for the prevention of healthcare-associated transmission of infectious agents among patients and healthcare personnel.

2.4 DHCWs:
Dental Health Care Workers.

2.5 Critical instruments:
Instruments that penetrate sterile tissues or bone.
Examples include forceps, scalpels, bone chisels, scalars, and burs.

2.6 Semi critical instruments:
Instruments that do not penetrate sterile tissues or bone but contact oral tissues and mucous membranes.

2.7 Noncritical instruments:
Instruments that come into contact only with intact skin. Examples include x-ray heads.

2.8 CSSU:
Central Sterilization Service Unit.

1. **الغرض:**

1.1 تهدف السياسة إلى توفير مبادئ توجيهية بشان الممارسات السليمة لمكافحة العدوى في عيادة الأسنان بالمراكز الصحية الأولية.

2. **التعريفات:**

2.1 التنظيف:
الإزالة المادية للمواد الغريبة (مثل الغبار والأتربة والمواد العضوية)، وهذا يستلزم عملية تنقية الأدوات وغيرها من البنود باستخدام فرشاة واستخدام المنظفات والماء.

2.2 التعقيم:
عملية التعقيم تقضى على جميع الجراثيم (البكتريا والفيروسات والفطريات) بما في ذلك المكورات البكتيرية ويوصى بالتعقيم للأدوات والبنود الأخرى التي تأتي في اتصال مع مجرى الدم او الأنسجة الموجودة تحت الجلد.

2.3 الاحتياطات القياسية:
هي مجموعة من الممارسات الوقائية من العدوى التي تسري على رعاية جميع المرضى في جميع الظروف الرعاية الصحية بغض النظر عن وجود عامل إصابة مؤكد أو مشتبه. فهي الاستراتيجية الرئيسية للوقاية من انتقال العوامل المعدية بين المرضى والعاملين في الرعاية الصحية.

2.4 DHCWs
العاملون بالرعاية الصحية في عيادة الأسنان.

2.5 الأدوات الخطيرة:
الأدوات التي تخترق الأنسجة المعقمة أو العظام مثل الملاقط والمشارط وأزاميل العظام.

2.6 الأدوات متوسطة الخطورة:
الأدوات التي لا تخترق الأنسجة المعقمة أو العظم ولكن تلامس أنسجة الفم والأغشية المخاطية.

2.7 الأدوات غير الخطيرة:
الأدوات التي تتلامس مع الجلد السليم فقط .ومن الأمثلة على ذلك (رؤوس الأشعة السينية).

2.8 CSSU
وحدة الخدمة للتعقيم المركزي

Applied To: All Dental Staff in PHC	**Title:** Infection control in Dental Clinic مكافحة العدوى في عيادة الأسنان	**Page 2 of 8**
Department: Administrative Policy & Procedures	**Policy Number:** DOH-IPP-002EA (2)	**Replaces No.:** DOH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

3. POLICY

3.1 The dental physician must obtain the current health status of the patient; and perform thorough head, neck and oral examination for the patient.

3.2 All DHCWs should practice standard precautions (hand hygiene, wear mask, gloves, goggles, face shield, gowns or aprons).

3.3 All susceptible DHCWs should obtain vaccination against hepatitis B.

3.4 Pre procedural mouth rinsing must be performed as a routine for all patients.

3.5 Every patient & instrument should be considered as infected by a transmissible microbe and hence should be treated under strict regulation of infection control standard.

3.6 A chain of sterility should always be followed so as not to infect dental health care workers, supporting personnel, treated patients and dental health care worker families.

3.7 All instrument cleaning, disinfection, sterilization should be done in the dental central sterilization unit (CSSU).

3.8 All clean & dirty instruments should be transported to & from the dental CSSU by two separate trolleys in clean secured boxes.

3.9 All biopsy specimens should be transported in a sturdy container with a secure lid to avoid leaking.

3. السياسات:

3.1 يتعين على طبيب الأسنان الحصول على الوضع الصحي الحالي للمريض، وأداء فحص شامل للرأس والعنق والفم.

3.2 العاملين بالرعاية الصحية في عيادة الأسنان ينبغي عليهم ممارسة جميع الاحتياطات القياسية مثل) نظافة اليدين، وارتداء الأقنعة والقفازات والنظارات الواقية)

3.3 ينبغي تطعيم جميع العاملين بالرعاية الصحية في عيادة الأسنان المعرضون للإصابة ضد الالتهاب الكبدي ب.

3.4 يجب عمل غسيل للفم باستخدام الكلوروهكسدين كخطوة روتينية لجميع المرضى قبل أي إجراء.

3.5 ينبغي اعتبار كل مريض والأدوات المستخدمة مصاب بميكروب قابل للانتقال، وبالتالي ينبغي أن تعالج في إطار تنظيم صارم لمعايير مكافحة العدوى.

3.6 سلسلة التعقيم يجب إن تتبع حتى لا تحدث إصابة للعاملين بعيادة الأسنان أو موظفي الدعم أو المرضى اللذين تم علاجهم أو عائلات العاملين بالمجال الصحي.

3.7 جميع الأدوات يجب تنظيفها وتعقيمها في وحدة التعقيم المركزي للأسنان.(CSSU)

3.8 ينبغي نقل جميع الأدوات القذرة والنظيفة بصورة منفصلة في عربتين خاصتين في صناديق آمنة نظيفة.

3.9 وينبغي نقل جميع عينات الخزعة في حاوية قوية مع غطاء آمن لتجنب التسرب.

4. PROCEDURES

4.1 Before Patient treatment:

4.1.1 Flush hand pieces, suction tubing, ultrasonic scalars, and air/water syringes each morning, before first patient of the day.

4.1.1.1 Water-lines for hand pieces, Three-way syringes and ultrasonic scalars should be flushed for several minutes into a container or high-volume evacuator.

4.1.1.2 Suction tubing should be flushed by placing the tube in a disinfectant solution.

4.1.2 Place disposal covering (e.g. self-adjourning plastic cover) to prevent contamination of surfaces that have the potential to be

4. الإجراءات:

4.1 قبل العلاج للمريض:

4.1.1 يجب تشغيل القبضات التور بينية والسماح بمرور الهواء والماء فيها كل صباح وقبل أول مريض في اليوم لمدة دقيقة كاملة.

4.1.1.1 ينبغي مسح خطوط المياه للقبضات التور بينية، والمحاقن ثلاثة الطريق وجهاز الموجات فوق الصوتية لعدة دقائق في وعاء مفرغ أو كبيرة الحجم.

4.1.1.2 وينبغي مسح أنابيب الشفط عن طريق وضع الأنبوب في محلول مطهر.

4.1.2 التخلص من الأغطية (مثل الغطاء البلاستيكي الذاتي) لمنع تلوث الأسطح التي يحتمل أن يكون لمست من قبل

touched by the dentist or the dental assistant as dental unit control, light handles, dental chair head and arm of X-ray tube, amalgamator, electric pulp tester, suction tubes and any surfaces that cannot be sterilized.

4.1.3 Make sure that a sufficient number of instruments are available in the clinic. A total of at least four- high-speed turbine handpicks in a good condition should be available in each clinic.

4.2 **During Patient Treatment:**

4.2.1 Treat all patients as potentially infectious by using protective attire and barrier techniques when contact with body fluids or mucous membranes are expected.

4.2.2 Wear gloves and change them between each patient or during patient treatment if they become torn or cut.

4.2.3 Wash hands before and after removal of gloves by using disinfectant soap and water or Alcohol hand rub.

4.2.4 Wear a mask and change it between patients or during patient treatment if it becomes wet.

4.2.5 Wear protective eye shield when splashes of blood and body fluids is expected and disinfect with 70% alcohol after use.

4.2.6 Wear uniforms, laboratory coats, or gowns that cover personal clothing and **skin.**

4.2.7 Use the Unit- dose Concept as cotton rolls, cotton pellets, gauze, petroleum jelly, impression materials and waxes are all amenable to unit- dosage.

4.2.8 Use Single- use Disposable Instruments: as prophylaxis angles, prophylaxis cups and brushes, tips for high- speed air evacuators, and air/water syringes for one patient only and discard after use.

4.2.9 Use sterile water or saline as a coolant/irrigator when surgical procedures involve cutting bone or tissues.

4.2.10 Handle sharps carefully. Do not recap or re-sheath needles. Report any needle stick

طبيب الأسنان أو مساعد طب الأسنان في وحدة التحكم الأسنان، مثل مقبض الإضاءة ورأس كرسي الأسنان وذراع أنبوب الأشعة السينية وجهاز خلط الملغم وأنابيب الشفط وأية أسطح لا يمكن تعقيمها.

4.1.3 التأكد من وجود عدد كاف من الأدوات المتوفرة في العيادة .وينبغي أن يكون ما لا يقل عن أربعة تور بينات عالية السرعة في حالة جيدة تكون متاحة في كل عيادة.

4.2 **خلال فترة العلاج للمريض**:

4.2.1 معاملة جميع المرضى كحالات معدية باستخدام الملابس الواقية والتقنيات العازلة حيث يتوقع اتصال مع سوائل الجسم أو الأغشية المخاطية.

4.2.2 لبس القفازات وتغييرها بين كل مريض أو أثناء العلاج إذا أصبحت ممزقة أو تقطعت.

4.2.3 يجب غسل اليدين قبل وبعد إزالة القفازات باستخدام الصابون المطهر والماء أو الكحول بفرك اليد.

4.2.4 ارتداء قناع وتغييره بين المرضى أو أثناء العلاج إذا أصبح رطب.

4.2.5 لبس دروع واقية العين عندما يتوقع خروج رذاذ الدم وسوائل الجسم وتطهير بالكحول 70 ٪ بعد الاستخدام.

4.2.6 ارتداء الزي، ومعاطف المختبر، أو العباءات التي تغطي الملابس الشخصية والجلد.

4.2.7 استخدام مبدأ الوحدة بالكميات اللازمة مثل لفات وكريات القطن والشاش والفازلين والماد الشمعية ومواد الطبع والشموع.

4.2.8 استخدم آلات مفردة الاستخدام: مثل زوايا الاتقاء، الأكواب والفرش الواقية ورؤوس جهاز الهواء عالي السرعة، والحقن لمريض واحد فقط، والتخلص منها بعد الاستخدام.

4.2.9 استخدام الماء المعقم أو محلول ملحي كمبرد / مرواء عندما تنطوي العمليات الجراحية على قطع العظم أو الأنسجة.

4.2.10 التعامل مع الأدوات الحادة بعناية .لا تقوم بإعادة تغطية الإبر أو غمده او الإبلاغ عن أي إصابات وخز الإبر

injuries/ blood and body fluid exposure to your supervisor

/أو تعرض للدم وسوائل الجسم للمشرف.

4.3 After Patient Treatment:

4.3.1 Pour blood, suctioned fluids, or other liquid waste into a drain connected to the sewage system.

4.3.2 Place soiled waste contaminated with blood or other body fluids in sealed, sturdy impervious (Yellow) bags that are leak-proof.

4.3.3 Flush hand pieces, suction tubing, ultrasonic scalars, and air water syringes for 30 seconds.

4.3.4 Change protective covering on light handles, X-ray unit head and other items.

4.3.5 Wipe work surfaces and countertops with absorbent toweling to remove debris and dispose of this toweling appropriately, then disinfect with suitable chemical disinfectant. (Minuten spray).

4.3 بعد العلاج للمريض:

4.3.1 صب الدم وسوائل الشفط أو غيرها من النفايات السائلة المصارف متصلة بنظام الصرف الصحي.

4.3.2 وضع النفايات الملوثة بالدم أو سوائل الجسم الأخرى في أكياس مختومة وقوية غير منفذة للسوائل.

4.3.3 يجب تشغيل القبضات التور بينية والسماح بمرور الهواء والماء فيها وأيضا جهاز الموجات فوق الصوتية، ومحاق الماء والهواء لمدة 30 ثانية.

4.3.4 تغيير الأغطية الواقية التي تغطي مقابض الضوء ورؤوس الأشعة السينية وغيرها.

4.3.5 امسح أسطح العمل بالمناشف الماصة لإزالة الأنقاض والتخلص من هذا المناشف بشكل مناسب، ثم تعقيمها بالمطهرات الكيماوية المناسبة .

4.4 Disposal of infectious waste material:

4.4.1 Separate infectious waste from general waste and dispose of appropriately in the designated waste bag (yellow for infectious and black/blue for general). Remove amalgam waste using an amalgam separator and dispose of as hazardous waste. It should be prevented from entering the drains and sewers.

4.4.2 Manage immediately any blood, body fluid spillages and vomits as per the policy.

4.4 التخلص من النفايات المعدية:

4.4.1 فصل النفايات المعدية من النفايات العامة والتخلص منها بشكل مناسب في حقيبة النفايات المعينة (الأصفر للمعدية / الأزرق والأسود للعامة) إزالة نفايات الملغم باستخدام فاصل الملغم والتخلص منها كنفايات خطير .ينبغي منعها من دخول المصارف والمجاري.

4.4.2 تعامل على الفور مع أي دم السوائل في الجسم، وانسكاب أو تقيأ وفقا للسياسة.

4.5 Instruments Cleaning, Disinfection, and Sterilization:

4.5.1 Pre-sterilization cleaning of soiled instruments

4.5.1.1 Soak the soiled instruments in dental clinic approved enzymatic cleaner and disinfectant for 20 minutes to prevent drying of organic materials and make cleaning easier.

4.5.1.2 The enzymatic disinfectant should be freshly prepared according to

4.5 آلات التنظيف والتطهير والتعقيم:

4.5.1 قبل تعقيم وتنظيف الأدوات الملوثة

4.5.1.1 نقع الأدوات الملوثة وفق نظام النظافة الأنزيمية والمطهرات في عيادة الأسنان لمدة 20 دقيقة لمنع تجفيف المواد العضوية وجعل التنظيف أسهل.

4.5.1.2 ينبغي التحضير الطازج للمطهرات الأنزيمية وفقا لقواعد الصانعين والحفظ في صواني

manufacturer and kept covered in designated deep trays.

عميقة مغطاة.

4.5.2 Heat sterilize using autoclave class B for all critical items and disinfect non-critical items

4.5.2 التعقيم الحراري باستخدام الأوتوكلاف فئة B لجميع العناصر الخطرة وغير الخطرة لتطهير العناصر.

4.5.3 Transportation of instruments:

4.5.3 نقل الآلات:

4.5.3.1 All instruments should be transported to and from the clinical area in clean boxes with secure lid (sterilization cassette).

4.5.3.1 ينبغي نقل جميع الآلات من وإلى المنطقة السريرية في صناديق نظيفة مع غطاء آمن.

4.5.3.2 Clean and dirty instrument should be transferred to and from the dental CSSU by two separate trolleys.

4.5.3.2 ينبغي نقل الآلات النظيفة والقذرة من وإلى CSSUمن قبل اثنين من عربات منفصلة.

4.6 **<u>Cleaning and decontamination of Hand pieces, Anti retraction valves, and other Intraoral Dental Devices attached to Air and Water Lines of Dental Units:</u>**

4.6 **<u>التنظيف والتطهير للقبضات الهوائي وصمامات السحب المضادة وغيرها من أجهزة طب الأسنان المتصلة بخطوط الهواء والمياه في وحدات طب الأسنان:</u>**

4.6.1 Hand pieces, ultrasonic scalars, inserts/tips and air-water syringe tips where detachable should be flushed for 30 seconds, dismantled, cleaned, oiled where required, and autoclaved between patients.

4.6.1 القبضات التور بينية وجهاز الموجات فوق الصوتية ورؤوس حقن الهواء والماء يجب تشغيلها لمدة 30 ثانية والسماح بمرور الهواء وتفكيكها وتنظيفها وتعقيمها بين المرضى.

4.6.2 Follow manufacturer's instructions for cleaning, lubrication of hand pieces and reusable prophylaxis angles to ensure effective sterilization and longevity of the instruments.

4.6.2 إتباع تعليمات الشركة المصنعة لمتابعة التنظيف والتشحيم من القبضات التور بينية والزوايا التي يعاد استخدامها لضمان الوقاية الفعالة للتعقيم وطول العمر للآلات.

4.6.3 Install anti retraction valves (one-way flow check valves) in dental unit water lines to prevent fluid aspiration and to reduce the risk of transfer of potentially infective material. Ensure routine maintenance of anti-retraction valves.

4.6.3 تثبيت صمامات السحب المضاد في وحدة خطوط المياه لعيادة الأسنان لمنع شفط السوائل والحد من مخاطر نقل المواد المعدية المحتملة .التأكد من الصيانة الروتينية لصمامات السحب المضادة.

4.6.4 Run high-speed hand pieces to discharge water and air for a minimum of 20-30 seconds after use on each patient. If possible, use an enclosed container or high-velocity evacuation during discharge procedures to minimize spread of spray, spatter, and aerosols.

4.6.4 تشغيل القبضات التور بينية عالية السرعة لتصريف المياه والهواء لمدة لا تقل عن 20-30 ثانية بعد الاستعمال على كل مريض .وإذا كان ممكنا استخدام وعاء مغلق أو إخلاء عالي السرعة أثناء أداء الإجراءات للحد من انتشار الرذاذ والهباء الجوي.

Applied To: All Dental Staff in PHC	**Title:** Infection control in Dental Clinic مكافحة العدوى في عيادة الأسنان	**Page 6 of 8**
Department: Administrative Policy & Procedures	**Policy Number:** DOH-IPP-002EA (2)	**Replaces No.:** DOH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

4.7 Decontamination of impression materials and the used appliances:

4.7.1 Cleaning and disinfection of impression and appliances will be performed before sending to the lab.

4.7.1.1 Rinse under running water immediately after removal from the patient mouth. If grossly contaminated use detergent, then rinse.

4.7.1.2 Disinfect with appropriate agent according to manufacture recommendation, immersion of the impression is recommended.

4.7.1.3 Rinse again in water before sending to the lab with the comment that it has been decontaminated.

4.8 Cleaning **& Disinfection of Dental unit:**

4.8.1 After treatment of each patient and at the completion of daily work activities, clean countertops and dental unit surfaces that may have become contaminated with patient secretions. Use paper towels, an appropriate cleaning agent, and water for cleaning.

4.8.2 Clean floors, walls, and other surfaces with Dental clinic approved disinfectants daily at the end of the shift and when contaminated.

4.9 Handling of Biopsy Specimens:

4.9.1 Place each biopsy specimen in a sturdy container with a secure lid to prevent leaking during transport.

4.9.2 Avoid contaminating the outside of the specimen container. If the outside is visibly contaminated, clean and disinfect it, or place it in an impervious bag.

4.10 IC Practices for the Dental Laboratory:

4.10.1 Separate the receiving area from the production area. Clean and disinfect countertops and work surfaces daily & additionally when soiled.

4.10.2 Disinfect all incoming cases as they are

4.7 إزالة التلوث من مواد الطبعات والأجهزة المستخدمة:

4.7.1 تنظيف وتطهير الأجهزة والطبعات قبل إرسالها إلى المختبر:

4.7.1.1 الشطف تحت الماء مباشرة بعد الإزالة من فم المريض .إذا كانت ملوثة بشكل صارخ استخدم المنظفات ثم الشطف.

4.7.1.2 التطهير بمادة مناسبة وفقا لتوصيات الصناعة وينصح بغمر الطبعات.

4.7.1.3 يشطف مرة أخرى في المياه قبل إرسالها إلى المختبر مع التعليق على الذي تم تطهيره.

4.8 التنظيف والتطهير لوحدة طب الأسنان:

4.8.1 بعد العلاج لكل مريض وعند الانتهاء من أنشطة العمل اليومي تنظيف الأسطح التي من الممكن إن تكون ملوثة بإفرازات المريض .استخدم المناشف الورقية ومادة مناسبة للتنظيف والمياه من أجل التنظيف.

4.8.2 تنظيف الأرضيات والجدران والأسطح الأخرى بالمطهرات المناسبة في نهاية فترة العمل وعندما تكون ملوثة.

4.9 التعامل مع عينات الخزعة:

4.9.1 ضع كل عينة خزعة في وعاء قوي مع غطاء مؤمن لمنع التسرب أثناء النقل.

4.9.2 تجنب التلويث خارج حاوية العينة .إذا كانت ملوثة بشكل واضح في الخارج قم بتنظيفها وتعقيمها، أو ضعها في حقيبة مانعة.

4.10 ممارسات مكافحة العدوى لمختبر الأسنان:

4.10.1 فصل منطقة الاستقبال من منطقة الإنتاج .تنظيف وتعقيم أسطح العمل اليومي وبالإضافة إلى ذلك عندما تكون السطوح متسخة.

4.10.2 تطهير جميع الحالات الواردة حسب ورودها، تعقيم أو تطهير الحاويات بعد كل استخدام والتخلص من مواد التعبئة والتغليف لتجنب التلوث المتبادل.

received, sterilize or disinfect containers after each use & discard packing materials to avoid cross contamination.

4.10.3 Production area:

- 4.10.3.1 Wear a clean uniform or laboratory coat, a face mask, protective eyewear, and disposable gloves.
- 4.10.3.2 Clean debris from work surfaces and equipment, and disinfect daily.
- 4.10.3.3 Separate instruments, attachments, and materials to be used with new prostheses /appliances from those to be used with prostheses/appliances that have already been inserted in the mouth.
- 4.10.3.4 Wash and autoclave rag wheels after each case.
- 4.10.3.5 Disinfect brushes and other equipment at least daily.
- 4.10.3.6 Dispense a small amount of pumice in small disposable containers for individual use on each case and discard the excess. A 1:20 dilution of sodium hypochlorite can be used as a mixing medium for pumice. Add 3 parts green soap to the disinfectant solution to keep the pumice suspended.

4.10.3 منطقة الإنتاج:

- 4.10.3.1 ارتداء زي موحد نظيف أو معطف المختبر وقناع الوجه والنظارات الواقية والقفازات التي يمكن التخلص منها.
- 4.10.3.2 تنظيف الحطام من أسطح العمل والمعدات وتطهيرها يوميا.
- 4.10.3.3 3.3.10.4- فصل الأدوات والتجهيزات والمواد الاصطناعية الجديدة من تلك الأجهزة التي تم إدخالها في الفم.
- 4.10.3.4 غسل وتعقيم خرقة العجلات بعد كل حالة.
- 4.10.3.5 تطهير الفرش وغيرها من المعدات يوميا على الأقل.
- 4.10.3.6 الاستغناء عن كمية صغيرة من البيومايس في حاويات صغيرة للاستخدام الفردي في كل حالة، وتجاهل الزائدة .ويمكن استخدام تخفيف 1:20 من هيبوكلوريت الصوديوم وسيلة لخلط الخفاف .إضافة 3 قطع الصابون الأخضر لمحلول مطهر للحفاظ على البيومايس كمعلق.

5. <u>RESPONSIBILITIES</u>

5.1 Infection control Team:

- 5.1.1 To ensure adherence of dental healthcare workers (DHCW) to Infection control policies through surveillance, monitoring, feedback and education.

5.2 Dental Staff:

- 5.2.1 To use the equipment provided to protect their health and safety.
- 5.2.2 To care for the health and safety of patients by practicing appropriate infection control measures.

5. المسئوليات:

5.1 فريق مكافحة العدوى:

- 5.1.1 ضمان التزام العاملين في الرعاية الصحية لعيادة الأسنان لسياسات مكافحة العدوى من خلال مراقبة ردود الفعل، والرصد والتعليم.

5.2 طاقم الأسنان:

- 5.2.1 استخدام هذه المعدات لحماية صحتهم وسلامتهم
- 5.2.2 لرعاية صحة وسلامة المرضى من خلال ممارسة واتخاذ التدابير المناسبة لمكافحة العدوى.

5.2.3 To follow and implement the policy.

5.2.3 لمتابعة وتنفيذ السياسة.

6. FORMS:

6.1 NA

6. النماذج:

6.1 لا يوجد

7. REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CBAHI Standards.

7.2 Australian Government Department of Health and Aging (2004): Infection Control Guidelines for the Prevention of Transmission of Infectious Diseases in the Healthcare Setting.

7.3 Centers for Disease Control and Prevention. Recommended infection-control practices for dentistry, 1993. MMWR 1993; 42 (No. RR-8):1-12 Revised 2003.

7.4 American Dental Association. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. J Am Dent Assoc (Suppl), August 1992.

7.5 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Inc., (APIC) Text of Infection Control and Epidemiology 2005, Chapter 51.

7.6 **MOH guideline, 2004.**

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: Dental clinic Staff	Title: Identification and Management of High risk Patients in the dental clinic التعرف على الحالات العالية الخطورة والتعامل معها في عيادة الاسنان　　Page 1 of 3	
Department: DOH	Policy Number: DOH-IPP-003EA (2)	Replaces No.: DOH-IPP-003EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1. **PURPOSE**
   1.1 To provide dentist with a proper method for Identification and Management of High risk Patients in the dental clinic in PHC.

2. **DEFINITIONS**
   2.1 high risk patients are patients with special medical conditions that need specific precautions before, during and after dental treatment.
   2.2 PS (physical status).

3. **POLICY**
   3.1 The dentist must obtain the current health status of the patient; and perform thorough head, neck and oral examination for the patient.
   3.2 the dentist must monitor the patient baseline vital signs and examine the patient oral cavity and the head &neck
   3.3 the dentist assigns the patient to a physical status category to predict perioperative adverse outcomes in patients after considering all available medical history information
   3.4 The system consists of six classifications—PS 1 to PS 6—that indicate the potential risk of an adverse medical event's developing while a patient is under general anesthesia
   3.4.1 physical status (**PS1**): a patient in this group is defined as normal and healthy .and after reviewing the available information the dentist determines that the patient's heart, lungs, liver, kidneys and central nervous system are healthy and his or her blood pressure is below 140/90 millimeters of mercury. The patient is not unduly phobic and is younger than 60 years.
   3.4.2 Physical Status 2 (**PS2**): - Patients in the PS 2 category have a mild systemic -disease or are healthy patients (PS 1) who demonstrate extreme anxiety and fear toward dentistry or are older than 60 years. Patients classified as PS 2 generally are somewhat less able to

1. **الغرض:**
1.1 تهدف السياسة إلى توفير طريقة مناسبة لتحديد و إدارة المرضى ذوى الخطورة العالية في عيادة الأسنان بالمراكز الصحية الأولية.

2. **التعريفات:**
2.1 المرضى ذوي الخطورة العالية هم المرضى الذين لديهم حالات طبية تحتاج لاحتياطات طبية خاصة قبل أو أثناء أو بعد المعالجة.
2.2 PS الحالة المرضية القياسية.

3. **السياسات:**
3.1 على طبيب الأسنان أخذ التأريخ المرضي لكل مريض كاملاً مع الحالة الصحية الراهنة للمريض.
3.2 على طبيب الآسنان تسجيل العلامات الحيوية قبل وأثناء وبعد المعالجة السنية مع فحص المريض فمويا وفحص الرأس والعنق.
3.3 على طبيب الأسنان تصنيف المرضى المخطرين إلى أحد المجموعات الست (التالي ذكرها) لتوقع المشاكل التي قد تنتج أثناء المعالجة السنية بعد الاطلاع على التاريخ المرضي وحالته الراهنة.
3.4 يحتوي التصنيف على ست مجموعات حسب شدة المشاكل المتوقعة قياساً على المتوقع من تعرض المريض للتخدير الكامل
3.4.1 المجموعة الأولى(**PS1**) سليمون وبصحة جيدة. وبعد مراجعة البيانات المتوفرة يّحدد الطبيب أن القلب، الرئتين، الكبد، والكلى والجهاز العصبي للمريض سليمة وقياس ضغط الدم لدى المريض أقل من ١٤٠/٩٠. كما أن المريض لا يعاني من الخوف الشديد وعمره أقل من ٦٠ عاماً.

3.4.2 المجموعة الثانية:(**PS2**) تضم المرضى الذين لديهم اعتلال بسيط أو مرضى المجموعة الأولى الذين لديهم خوف وقلق شديدين من علاج الأسنان. وهم أقل تحملاً للقلق والضغط النفسي الناتج عن علاج الأسنان ويشكلون خطورة بسيطة أثناء علاج الأسنان
3.4.3 المجموعة الثالثة.(***PS 3***) لديهم وضع صحي سيء لكن يقلل من نشاطهم ولكن لا يعيق حياتهم. وفي حالة عدم الحركة لا يعانون من ضيق أو قصر التنفس أو الإجهاد أو آلام بالصدر ولكن تظهر لديهم هذه الإعراض عند

tolerate stress than are patients classified as PS 1 however, they still are at minimal risk during dental treatment.

3.4.3 Physical Status 3 (***PS 3).*** A patient in the PS 3 category has severe systemic disease that limits activity but is not incapacitating. At rest, a patient in the PS 3 category does not exhibit signs and symptoms of distress (such as undue fatigue, shortness of breath, chest pain); however, when stressed, either physiologically or psychologically, the patient does exhibit such signs and symptoms. An example is a patient with angina who is pain free while in the waiting room but develops chest pain when seated in the dental chair.

3.4.4 Physical Status 4 (***PS 4).***

- **3.4.4.1** **A** patient in the PS 4 category has an incapacitating systemic disease that is a constant threat to life.
- **3.4.4.2** Patients with this classification have a medical problem or problems of greater significance than the planned dental treatment.
- **3.4.4.3** A patient in the PS 4 category exhibits clinical signs and symptoms of disease at rest.

3.4.5 Physical Status 5 (***PS 5).***

- **3.4.5.1** A PS 5 classification indicates a moribund patient not expected to survive 24 hours without surgery.
- **3.4.5.2** Patients in this category almost always are hospitalized and terminally ill.

3.4.6 Physical Status 6 **(PS 6)** Refers to a patient declared brain-dead and whose organs are being removed for donor purposes.

التعرض للضغط النفسي والجسدي ومثال لذلك الذبحة الصدرية.

3.4.4 المجموعة الرابعة.***(PS 4)*** لديهم وضع صحي يعجزهم ويشكل خطورة على حياتهم. والحالة الصحية لديهم أولى من علاج الأسنان الاختياري. وتظهر لديهم أعراض المرض وهم في وضع الراحة.

3.4.4.1 يعاني مريض من فئة **PS 4** من مرض جهازي عاجز يمثل تهديدًا دائمًا للحياة.

3.4.4.2 المرضى الذين يعانون من هذا التصنيف لديهم مشكلة طبية أو مشاكل ذات أهمية أكبر من علاج الأسنان المخطط.

3.4.4.3 يُظهر مريض من فئة **PS 4** علامات سريرية وأعراض المرض أثناء الراحة.

3.4.5 المجموعة الخامسة (PS5) وتشمل المرضى المحتضرون الذين لا يتوقع حياتهم لـ٢٤ ساعة وعادة ما يكونوا منومين بالمستشفيات.

3.4.5.1 يشير تصنيف **PS 5** إلى أن المريض المحتضر لا يتوقع أن يعيش لمدة 24 ساعة دون جراحة.

3.4.5.2 المرضى في هذه الفئة دائمًا ما يتم نقلهم إلى المستشفى ومرض عضال

3.4.6 المجموعة السادسة **(PS 6)** المرضى بهذه المجموعة متوفين دماغياً

4. PROCEDURES

4.1 A patient in the PS 1 category is an excellent candidate for elective surgical or dental care, with minimal risk of experiencing an adverse medical event during treatment

4.2 Elective dental care is warranted in a patient classified as PS 2, with minimal increased risk during

4. الإجراءات:

4.1 المجموعة الأولى: يمكن عمل جميع المعالجات السنية أو الجراحية مع وجود فرص ضئيلة لحدوث تعقيدات طبية أثناء المعالجة

4.2 المجموعة الثانية: يمكن عمل المعالجات السنية الاعتيادية مع وجود احتمال خطورة أكبر لحدوث مشاكل أثناء المعالجة وعلى

treatment. However, the dentist should consider possible treatment modifications

4.3 the PS 3 patients the dentist should proceed with caution. Elective dental care is not contraindicated, though the patient is at an increased risk during treatment. The dentist should give serious consideration to implementing treatment modifications

4.4 The PS4: When possible, emergency treatment should be noninvasive, consisting of drugs such as analgesics for pain and antibiotics for infection. When the dentist believes that immediate intervention is required (e.g incision and drainage, extraction, pulpal extirpation), the patient should be referred to receive care in an acute care facility (that is, a hospital) whenever possible.

4.5 ***The PS 5:*** Elective dental treatment is contraindicated; however, emergency care, in the realm of palliative treatment (that is, relief of pain, infection or both) may be necessary

طبيب الأسنان اعتماد تغيير إجراءات لتكون أيسر للمريض

4.3 مرضى المجموعة الثالثة يجب مباشرة علاجهم بحذر، المعالجات الاعتيادية يسمح بها بينما يجب تعديل طريقة المعالجة لتناسب وضع المريض.

4.4 المجموعة الرابعة: ما أمكن يجب قصر المعالجات الطارئة على العقاقير كالمسكنات والمضادات للالتهابات، مع إحالة التي تحتاج للتدخل الفوري لأقسام الطوارئ التي بها إمكانية التنويم كالمستشفيات.

4.5 المجموعة الخامسة : يمنع عمل المعالجات الاعتيادية ويسمح بما يلزم لتخفيف الآلام عند الضرورة القصوى .

5. <u>RESPONSIBILITIES</u>

5.1 It is the dentist responsibility to apply these guides when treating high risk patients.

5. <u>المسئوليات</u>:

5.1 تقع مسؤولية تطبيق السياسات و الإجراءات الوارد ذكرها على طبيب الأسنان.

6. <u>FORMS</u>:

6.1 NA

6. <u>النماذج</u>:

6.1 لا يوجد

7. <u>REFERRANCES(المراجع):</u>

7.1 American society of anesthesiologist; McCarthy and Malamud

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لشئون المراكز

وزارة الصحة
Ministry of Health

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Scope of Services	مجال الخدمات
Department/Service: Dental Clinic in PHC القسم / الخدمة: عيادة الأسنان في المراكز الصحية الأولية	Code Number: DOH-SOS-004EA (1) الرقم الكودي:
1. Unit Description	1. وصف الوحدة
Working Days and Working hours:	أيام وأوقات العمل
The Dental clinic provides dental service from (Saturday to Wednesday) (8:00 am to 5:00 pm).	تقدم عيادة الأسنان خدماتها من السبت إلى الأربعاء من كل أسبوع من الثامنة صباحا حتى الخامسة عصرا
Staffing Plan & Availability of staff	خطة التوظيف وتوزيع العاملين
A general dental practitioner provides the primary dental care services in the clinic and will refer cases that needs further consultation to the specific clinic in the dental center, in addition every dental clinic has a dental assistant and dental hygienist. So the dental staff consists of general dental practitioner, dental assistant and dental hygienist All staff is present from 8:00 am to 5:00 pm	يقدم خدمات طب الأسنان بالمركز الصحي طبيب أسنان عام كما يقوم بإحالة الحالات التي تحتاج إلى لاستشارة الأخصائي إلى مركز الأسنان التخصصي حسب التشخيص بالإضافة إلى وجود مساعد أسنان ومثقف صحي للأسنان و جميع الفريق الصحي موجودون من الثامنة صباحا حتى الخامسة عصرا
2. Patient Population	2. الفئة المستهدفة
According to MOH policy only Saudi patients got the right to receive dental services at all levels	احقية العلاج فى حدمات طب الاسنان بمركز الرعاية الصحية تنظمها لوائح وزارة الصحة و لجميع السعوديين الحق فى تلقى العلاج على كافة مستويات العلاج فى مجال طب الاسنان
3. Modalities used	**3.** الاجراءات المستخدمة
List the Diagnostic Modalities Used	قائمة الاجراءات التشخيصية المستخدمة
The dental clinic provides full clinical examination, Radiographs and Impression to the oral cavity with caries detection , periodontal diseases and pulp vitality	تقدم عيادة الاسنان الفحص الاكلينيكى الشامل و صور الاشعة و الطبعات داخل الفم لكشف التسوس و التهاب اللثة و فحص حيوية اللب.
List the Therapeutic / Procedural Modalities Used	قائمة الإجراءات العلاجية المستخدمة
-Relief of pain and suffering -Elimination of oral infection -Caries control (removal of soft, deep caries) -Prophylaxis, preventive procedures, and oral hygiene instruction -Endodontic therapy -Periodontal therapy -Extractions -Restoration of teeth	إزالة وتخفيف آلام الأسنان معالجة التهابات الفم معالجة تسوس الأسنان عمل الإجراءات الوقائية من تنظيف وكحت للرواسب الجيرية وتلميع الأسنان معالجة الجذور وإزالة اللب معالجة اللثة خلع الأسنان حشو الأسنان

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: Administrative Policy & Procedures	Title: Dentist طبيب أسنان	Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: DOH-JD-001EA (2)

1. **Section or Unit**: Dental Clinic in PHC

2. **Position Title**: General Dentist in PHC

3. **Organizational Relationship**:
   3.1 Reports to: Technical Director
   3.2 Responsible for: Dental Clinic in PHC

4. **Job Summary**:
   4.1 Provides patients with dental care, including diagnosis, minor operative procedures in the field of dentistry.
   4.2 Provides preventive services and dental treatment.

5. **Job Responsibilities**:
   5.1 Provide dental treatment including:
   5.1.1 Full examination of dental patients to reach a definitive diagnosis and document the information obtained in the patient file and put the appropriate treatment plan. Pit and fissure sealant.
   5.1.2 Provide periodontal treatment including:
   5.1.2.1 Oral hygiene instructions
   5.1.2.2 Removal of dental plaque and calculus using manual or ultrasonic scalers
   5.1.2.3 Recon touring of overhanging fillings.
   5.2 Conservative dental treatments including:
   5.2.1 Control of dental caries (fluoride and fissure sealants application and filling teeth with the appropriate filling materials for all age groups.
   5.2.2 Aesthetic restorations.
   5.3 Root canal therapy:
   5.3.1 Complete root canal treatment for the anterior teeth including premolars.

1. **الوحدة**: عيادة الأسنان بالمراكز الصحية الأولية

2. **مسمى الوظيفة**: طبيب أسنان عام بالمراكز الصحية الأولية

3. **العلاقة التنظيمية**:
   3.1 مسئول أمام: المشرف الفني
   3.2 مسئول عن: عيادة الأسنان بالمركز الصحي

4. **ملخص الوظيفة**:
   4.1 توفير الرعاية الصحية لمرضى الأسنان بما في ذلك التشخيص وإجراء العمليات الصغرى في مجال طب الأسنان.
   4.2 تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية للأسنان.

5. **مسئوليات الوظيفة**:
   5.1 تقديم الخدمة العلاجية للأسنان متضمنة:
   5.1.1 فحص شامل لمرضى الأسنان من اجل الوصول إلى تشخيص نهائي وتوثيق المعلومات التي تم الحصول عليها في ملف المريض ووضع الخطة العلاجية المناسبة.
   5.1.2 تقديم علاج اللثة ويتضمن:
   5.1.2.1 إرشادات نظافة الفم.
   5.1.2.2 إزالة اللويحة السنية والرواسب الجيرية باستخدام الدليل او الموجات فوق الصوتية.
   5.1.2.3 تشذيب حواف الحشوات.
   5.2 العلاجات المحافظة للأسنان وتتضمن:
   5.2.1 السيطرة على تسوس الأسنان (تطبيق الفلورايد وسادات الحفر والشقوق بالمواد المناسبة لجميع الأعمار السنية).
   5.2.2 الحشوات الجمالية.
   5.3 علاج القناة الجذرية:
   5.3.1 استكمال علاج القناة الجذرية للأسنان الأمامية بما في ذلك الضواحك.
   5.3.2 علاج القناة الجذرية للأسنان الخلفية لتخفيف الآلام والإحالة إلى الأخصائي في علاج الجذور (إن وجد) لاستكمال العلاج.
   5.4 إجراءات جراحات الفم الصغرى:

5.3.2 Root canal treatment for posterior teeth to relief pain and referral to the endodontist (if available) to complete treatment.

5.4 **Minor oral surgery procedures:**

5.4.1 Extraction of unrestorable and loose teeth and remaining roots.

5.4.2 Drainage of periapical and periodontal abscesses.

5.5 Any other procedures as mentioned in Procedures for Dental and Oral health services in the Primary health centers.

5.6 participate with the primary healthcare medical team in identifying and management of medical and dental diseases.

5.7 Collection, analysis and documentation of the oral and general health data. and determination of groups or individual at risk for oral disease or complications.

5.8 participate in researches conducted by the primary healthcare administration.

5.9 Attend continuous medical education programs, seminars, workshops to keep their dental and medical knowledge up to date.

5.10 Strictly follow quality programs and infection control protocols and updates.

5.11 Referral of cases that need further consultation to the appropriate department using the prepared forms after the initial procedures as needed.

5.12 follow up of the referred cases and obtaining the feedback from the specialist and add it to the patient records.

5.13 Participate in community dental educations through lectures and media if available.

5.14 Respect the patient rights according to the center policy and inform him about his responsibilities when needed.

5.15 Participate in all quality management activities within his/her department in PHC.

5.4.1 خلع الأسنان وبقايا جذور الأسنان.

5.4.2 فتح الخراجات.

5.5 أي إجراءات أخرى كما هو مذكور في إجراءات صحة الأسنان والفم في المراكز الصحية الأولية.

5.6 المشاركة مع الفريق الطبي للرعاية الصحية الأولية في تحديد ومعالجة الأمراض الطبية وخدمات طب الأسنان.

5.7 جمع وتحليل وتوثيق البيانات الخاصة بصحة الفم والصحة العامة .وتحديد الجماعات أو الأفراد المعرضين لخطر المرض أو المضاعفات.

5.8 المشاركة في الأبحاث التي تجرى من قبل إدارة الرعاية الصحية الأولية.

5.9 حضور برامج التعليم الطبي المستمر والندوات وورش العمل للحفاظ على الأسنان والمعارف الطبية الحديثة.

5.10 التتبع الدقيق لبرامج وبروتوكولات مكافحة العدوى والتحديثات.

5.11 إحالة الحالات التي تحتاج إلى مزيد من التشاور إلى الإدارة المعنية باستخدام النماذج المعدة بعد الإجراءات الأولية حسب الحاجة.

5.12 متابعة الحالات المحولة والحصول على التغذية المرتدة من المتخصصين وإضافته إلى سجلات المرضى.

5.13 المشاركة في المجتمع على تثقيف طب المجتمع عن صحة الفم والأسنان من خلال المحاضرات ووسائل الإعلام إذا كانت متوفرة.

5.14 احترام حقوق المريض وفقا لسياسة المركز وإبلاغه عن مسؤولياته عند الحاجة.

5.15 المشاركة في جميع أنشطة إدارة الجودة داخل القسم في الرعاية الصحية الأولية.

5.16 يكون على بينة من الاحتياطات لمعايير مكافحة العدوى وتنفيذ المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى في لأنشطة اليومية..

6. المؤهلات المطلوبة:

6.1 درجة البكالوريوس في طب الأسنان.

7. الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1 يجيد الكتابة والتحدث باللغة العربية والانجليزية.

7.2 مهارات الاتصال ممتازة.

8. الخبرات المطلوبة:

1.8 الخبرة لا تقل عن سنتين بعد التخرج.

Applied To: Administrative Policy & Procedures	**Title: Dentist** **طبيب أسنان**	**Page 3 of 3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: DOH-JD-001EA (2)**

5.16 Be aware of standards precautions for infection control and implement the infection control *guidelines* in his day to day activities.

6. **Required Qualifications**:
6.1 Bachelor Degree of Dental Science

7. **Minimum Skills**:
7.1 Proficient in written / spoken Arabic / English.
7.2 Excellent communication skill.

8. **Professional Experience**:
8.1 Minimum of two years of experience after degree.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date: التاريخ:**	**Supervisor Name & Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date: التاريخ:**

Applied To: Administrative Policy & Procedures	Title: Dental assistant مساعد طبيب أسنان	Page 1 of 2
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date:** 1/6/1444	**Index Number: DOH-JD-002EA (2)**

1. **Section or Unit**: Dental Clinic in PHC
2. **Position Title**: Dental Assistant
3. **Organizational Relationship**:
   3.1 Reports to: Dentist
   3.2 Responsible for: NA
4. **Job Summary**:
   4.1 Provides Assistance for dentist in daily work tasks.
5. **Job Responsibilities:**
   5.1 Prepare patient, sterilize and disinfect instruments, set up instrument trays, prepare materials, and assist dentist during dental procedures.
   5.2 Record treatment information in patient records.
   5.3 Take and record medical and dental histories and vital signs of patients.
   5.4 Provide postoperative instructions prescribed by dentist.
   5.5 Assist dentist in management of medical and dental emergencies.
6. **Required Qualifications**:
   6.1 degree from accredited school in Health Sciences.
7. **Minimum Skills**:
   7.1 Must possess a professional manner suitable for patient contact and management situations that may arise.
8. **Professional Experience**:
   8.1 At least two years' experience as a nurse.

1. **الوحدة:** عيادة الأسنان بالمراكز الصحية الأولية
2. **مسمى الوظيفة**: مساعد طبيب أسنان
3. **العلاقة التنظيمية:**
   3.1 مسئول أمام: طبيب الأسنان
   3.2 مسئول عن: لا يوجد
4. **ملخص الوظيفة:**
   4.1 مساعدة طبيب الاسنان في المهام اليومية.
5. **مسئوليات الوظيفة:**
   5.1 تحضير المرضى، تعقيم وتنظيف المعدات، مساعدة طبيب الاسنان اثناء تأدية مهمته.
   5.2 تسجيل تعليمات العلاج في ملف المريض.
   5.3 يأخذ التاريخ المرضي للمرضى ويسجل العلامات الحيوية لهم.
   5.4 يشرح تعليمات ما بعد عمليات الاسنان للمرضى.
   5.5 مساعدة طبيب الاسنان في التعامل مع الحالات الطارئة.
6. **المؤهلات المطلوبة:**
   6.1 شهادة معتمدة في العلوم الصحية المتوسطة.
7. **الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:**
   7.1 يجب أن يمتلك طريقة مهنية مناسبة للاتصال بالمريض وإدارة الحالات التي قد تنشا.
8. **الخبرات المطلوبة:**
   1.8 على الأقل سنتان في العمل كممرضة.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

<u>Receipt and</u> <u>Acknowledgment</u>:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

<u>استلام وإقرار:</u>

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature:	Supervisor Name & Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Applied To: Administrative Policy & Procedures	Title: Dental Hygienist أخصائي صحة الفم والاسنان	
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: DOH-JD-003EA (2)

1. **Section or Unit**: Dental Clinic in PHC
2. **Position Title**: Dental Hygienist
3. **Organizational Relationship**:
   - **3.1 Reports to**: Dental Clinic supervisor
   - **3.2 Responsible for:** NA
4. **Job Summary**:
   - **4.1** Provides patients with dental care including examination, scaling (removal of deposits and stains from those parts of the surfaces of teeth which are exposed or which are directly beneath the free margins of gingiva).
5. **Job Responsibilities**:
   - **5.1** Performs examination and diagnosis of the periodontium status.
   - **5.2** Performs dental prophylaxis (scaling, root planning and polishing).
   - **5.3** Apply various preventive measures which include:
     - **5.3.1** Patient education and motivation.
     - **5.3.2** Oral hygiene instructions.
     - **5.3.3** Topical fluoride application.
     - **5.3.4** Pit and fissure sealant.
   - **5.4** Participates in preventive programs planned by the Ministry of Health in the form of lectures, seminars and demonstrations.
   - **5.5** Shares in dental surveys.
   - **5.6** Identifies patient's and family's needs for education then provide the patient and/or his family with the necessary information regarding illness & the required care, diet restrictions, basic infection control guidelines and treatment explanation.

1. **الوحدة:** عيادة الآسنان بالمراكز الصحية الأولية
2. **مسمى الوظيفة**: أخصائي صحة الفم والاسنان
3. **العلاقة التنظيمية:**
   - **3.1 مسئول أمام:** مشرف عيادة الأسنان
   - **3.2 مسئول عن:** لا يوجد
4. **ملخص الوظيفة:**
   - **1.4** توفير الرعاية الصحية لمرضى الأسنان بما في ذلك الفحص وعمل إزالة للرواسب الجيرية.
5. **مسئوليات الوظيفة:**
   - **5.1** إجراء الفحص والتشخيص لحالة اللثة.
   - **5.2** إجراء العلاج الوقائي لطب الأسنان مثل (التلميع وإزالة الرواسب الجيرية).
   - **5.3** تطبيق التدابير الوقائية المختلفة والتي تشمل: -
     - 5.3.1 تثقيف المريض وتحفيزه.
     - 5.3.2 تعليمات النظافة الشخصية للفم.
     - 5.3.3 تطبيق الفلورايد الموضعي.
     - 5.3.4 تطبيق الحشوات الوقائية للأطفال
   - **5.4** يشارك في البرامج الوقائية التي تخطط لها وزارة الصحة في شكل ندوات ومحاضرات.
   - **5.5** المشاركة في استطلاعات الأسنان.
   - **5.6** تحديد احتياجات المرضى والأسرة لتوفير التعليم والتثقيف الصحي ومن ثم الإمداد بالمعلومات اللازمة بشأن المرض والرعاية المطلوبة والقيود الغذائية والمبادئ التوجيهية الأساسية لمكافحة العدوى وشرح طرق العلاج.

5.7 Counsel and coordinate tobacco cessation programs

5.8 Educate patients on the importance of good nutrition for maintaining optimal oral health**.**

5.9 provide patient education on biofilm plaque control and home care protocol by incorporating techniques and products that will become part of an individual- self-care oral hygiene program.

5.10 Respects the patient rights according to the Dental Clinic in PHC policy and inform him about his responsibilities when needed.

5.11 Participates in all quality management activities within his/her department.

5.12 Be aware of standard precautions for infection control and implement the IC guidelines in his day to day activities.

5.13 Signs Confidentiality Agreement and adhere confidentiality of the information pertinent to the patient and their family, the institution and the dental clinic staff.

6. **Required Qualifications**:

6.1 Bachelor's degree in Health specialization**.**

7. **Minimum Skills**:

7.1 Spoken / written English and Arabic communication.

7.2 Must possess a professional manner suitable for patient contact and management situations that may arise.

8. Professional Experience:

8.1 Six month of experience after degree from Bachelor of Health Science.

5.7 التنسيق والمشورة لبرامج الإقلاع عن التدخين.

5.8 تثقيف المرضى حول أهمية التغذية السليمة للحفاظ على صحة الفم المثلى.

5.9 التثقيف الصحي للمرضى عن بروتوكول الرعاية المنزلية.

5.10 احترام حقوق المريض وفقا لعيادة الأسنان في سياسة الرعاية الصحية الأولية وإبلاغه عن مسؤولياته عند الحاجة.

5.11 المشاركة في جميع أنشطة إدارة الجودة داخل القسم التابع له.

5.12 يكون على بينة من الاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى وتنفيذ المبادئ التوجيهية.

5.13 الالتزام والتوقيع على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى وعائلاتهم والمؤسسة العلمية وكذلك العاملين بعيادة الأسنان.

6. المؤهلات المطلوبة:

1.6 درجة البكالوريوس الصحية في التخصص.

7. الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1 التواصل باللغة الإنجليزية، والعربية تحدثا / كتابة.

7.2 يجب أن يمتلك طريقة مهنية مناسبة للاتصال بالمريض وإدارة الحالات التي قد تنشا.

8. الخبرات المطلوبة:

1.8 ستة أشهر من الخبرة بعد درجة البكالوريوس .

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date: التاريخ:**	**Supervisor Name & Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date: التاريخ:**

مؤشرات الجودة لخدمات الفم والأسنان بالمركز الصحي
Quality Indicators in dental services

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة البالغين فوق 18 سنه الذين أتموا زياراتهم الوقائية خلال العام من إجمالي عدد البالغين المسجلين بالمركز **Percentage of adults above 18 who completed their preventive visits during the current year**	
يبين المؤشر نسبة البالغين فوق 18 سنه الذين أتموا زياراتهم الوقائية خلال العام من إجمالي عدد البالغين المسجلين بالمركز في منطقة خدمات المركز خلال السنة من خلال مراجعة السجلات The indicator determines Percentage of adults above 18 who completed their preventive visits during the current year	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات النتائج Outcome indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
طبيب الاسنان Dentist	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
سنويا yearly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل عيادة الاسنان. Dental clinic registry	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم طبيب الاسنان في نهاية كل سنه هجرية بحساب عدد الزيارات التي قام بها البالغين ومقارنتها بأجمالي عدد الزيارات المفترض القيام بها At the end of the Hijri year, The dentist will count the number of the adult's visits compared to the total number of expected visits.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد البالغين فوق 18 سنه الذين أتموا زياراتهم الوقائية / اجمالي عدد الزيارات المفترض خلال العام × 100 No. of adults above 18 who completed their preventive vi / Total No. of expected visits ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
طبيب الاسنان dentist	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
المشرف الفني Medical director	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
❖	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة الاسنان بالمركز الصحي / كل 3 شهور **Percentage of the availability of essential supplies and equipment in the dental room / 3 months**	
يبين المؤشر نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة الأسنان بالمركز الصحي، حيث يتم عمل مراجعة دورية (كل 3 شهور) عن مدى توفر تلك التجهيزات والمعدات الأساسية The indicator determines Percentage of availability of the essential supplies and equipment in the dental room in the health center, as there will be periodic checking (every 3 months) on the availability of the essential supplies and equipment.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات البنية Structure indicator	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
مساعد طبيب الاسنان Dental assistant	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
كل 3 شهور Every 3 Months	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قائمة التجهيزات والمعدات الأساسية بغرفة الأسنان في المركز Essential supplies and equipment list registry in the dental room	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم مساعد طبيب الاسنان في المركز الصحي كل ثلاثة شهور بحساب عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة في غرفة الاسنان بالمركز ومقارنتها بقائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بالمركز. At the end of every 3 Hijri months, The dental assistant will calculate the number of the available essential supplies and equipment in the dental room in the center to the number of them in the dental supplies and equipment list.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة بغرفة الاسنان بالمركز / عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بقائمة غرفة الاسنان بالمركز × 100 No. of the available essential supplies& equipment in the dental roo / No. of the essential supplies & equipment in the dental manual ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة استخدام الموارد - مشرف الجودة Utility utilization committee - Quality Coordinator	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة استخدام الموارد- مشرف الجودة Utility utilization committee chairman - Quality Coordinator	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
قائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بالمركز دليل الرعاية الصحية الأولية 1424 هـ معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية Approved essential supplies and equipment list in emergency services manual. Primary Health Care manual 1424 H. Standards of the central board of accreditation for health institutions.	**المراجع** **References**



EMERGENCY SERVICES

In Primary Health Care

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبدالكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied to: All PHC medical staff جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز	Title: Identification & management of cases that need resuscitation التعرف على الحالات التي تحتاج إلى إنعاش Page 1 of 5	
Department: ES	Policy Number: ED-IPP-001EA(2)	Replaces No.: ED-IPP-001EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To establish criteria for the medical staff to rapidly identify the patients that need resuscitation to receive the required medical care immediately.

1.2 To prevent unnecessary loss of life and promptly relieve the suffering patients.

1- الغرض:

1.1 وضع معايير للطاقم الطبي وذلك حتى يستطيع التعرف سريعاً على الحالات التي تحتاج إلى إنعاش وذلك حتى تتلقى العناية الطبية اللازمة فوراً.

1.2 منع الفقد الغير ضروري للحياة والتخفيف الفوري من معاناة المرضى.

2- DEFINITIONS :

2.1 Patient Triage: is the process of assessing patients and determining the priority of patients' treatments based on the severity of their condition.

2.2 Resuscitation cases: Conditions that are threats to life or limb (or imminent risk of deterioration) requiring immediate aggressive interventions.

2.3 Cardiopulmonary resuscitation (CPR) : is an emergency procedure which is performed in an effort to manually preserve intact brain function until further measures are taken to restore spontaneous blood circulation and breathing in a person in cardiac arrest.

2.4 The Injury Severity Score or ISS: is an anatomical scoring system that provides an overall score for patients with multiple injuries.

2.5 Glasgow Coma Scale or GCS: is a neurological scale that aims to give a reliable, objective way for assessment the conscious state of a person.

2- التعريفات:

2.1 فرز المرضى: هي عملية تقييم المرضى وتحديد أولويات العلاج بناء على مدى خطورة الحالة.

2.2 الحالات التي تحتاج إنعاش: هي الحالات المهددة للحياة أو لأحد الأعضاء أو وشيكة خطر التدهور وتحتاج إلى تدخل فوري شديد.

2.3 الإنعاش القلبي الرئوي: هو إجراء طارئ يتم تنفيذه يدوياً وذلك للمحافظة على وظيفة المخ سليمة حتى يتم اتخاذ إجراءات أخرى لاستعادة الدورة الدموية والتنفس التلقائي في مريض مصاب بالتوقف القلبي.

2.4 مقياس خطورة الإصابة: هو نظام قياس تشريحي يوفر قياس كامل للمرضى المصابين بإصابات متعددة.

2.5 مقياس جلاسكو للغيبوبة : هو مقياس عصبي يهدف إلى وضع طريقة موضوعية لتقييم مستوى وعي المريض.

3- POLICY:

3.1 It is the policy of the center to rapidly identify of that need resuscitation, to prevent unnecessary loss of life and to promptly relieve the suffering patients.

3.2 <u>Identification and management of patients that need resuscitation</u>:

3.2.1 Resuscitation cases: Conditions that are threats to life or limb (or imminent risk of deterioration) requiring immediate aggressive interventions, therefore, physician arrival to attend to such cases

3- السياسات:

3.1 سياسة المركز الصحي هي التعرف سريعاً على الحالات الطارئة التي تحتاج إلى الإنعاش وذلك لمنع حدوث أي فقد غير ضروري للحياة ولتخفيف معاناة المرضى على وجه السرعة.

3.2 <u>التعرف على الحالات التي تحتاج إلى إنعاش وعلاجها</u>:

3.2.1 **<u>الحالات التي تحتاج إلى إنعاش: هي</u>** الحالات المهددة للحياة أو لأحد الأعضاء (أو الحالات ذات خطر التدهور الوشيك) وتحتاج إلى تدخل فوري، لذلك يجب أن يصل الطبيب فوراً

should be immediate.

3.2.2 Usual presentations of resuscitation cases:

3.2.2.1 Code/arrest: Patients with cardiac and /or pulmonary arrest (or appear to be imminent).

3.2.2.2 Major trauma:

- Severe injury of any single body system or multiple system injury (ISS>16),
- Head injury with GCS<10;
- severe burns (>25% TBS or airway problems),
- chest/abdominal injury with any or all of: altered mental state, hypotension, tachycardia, severe pain, respiratory signs or symptoms.

3.2.2.3 Shock states: Conditions where there is an imbalance between oxygen supply (cardiogenic, pulmonary, blood loss, disorders of oxygen affinity) and demand (hyper dynamic states) or utilization (sepsis syndrome). Hypotension and or tachycardia and possibly bradycardia in advanced/pre arrest situations.

3.2.2.4 Unconscious: Intoxications/overdoses, CNS events, severe metabolic disturbances can all have an alteration of mental function from disorientation/confusion to completely unresponsive or with active seizures. Airway protection and supportive care with prompt assessment to determine the cause/treatment are of critical importance. All patients with altered mental state should have a rapid blood sugar screening test.

3.2.2.5 Severe Respiratory Distress: Serious intracranial events, pneumothorax, near death asthma (unable to speak, cyanosis, lethargic/confused, tachycardia / bradycardia, O2 sat <90%) COPD exacerbations, CHF, anaphylaxis and severe metabolic disturbances (renal failure, Diabetic Ketoacidosis). These patients require rapid assessment of the ABC's and physician intervention. Medications and equipment for management of respiratory and ventilatory failure (Endotracheal intubations) bronchodilators, inotropes and vasodilators need to be made available.

لمتابعة هذه الحالات.

3.2.2 الحالات الشائعة:

3.2.2.1 حالات التوقف القلبي الرئوي الفعلي أو الوشيك.

3.2.2.2 الإصابات الكبيرة: مثل:

- إصابة خطيرة في أي جهاز من أجهزة الجسم أو إصابة في أجهزة عديدة (مقياس خطورة الإصابة > 16)
- إصابات الرأس مع مقياس جلاسكو للغيبوبة <10,
- الحروق الخطيرة (<25% من سطح الجسم أو معها مشاكل في التنفس).
- إصابات البطن والصدر مع وجود أي من: تغير في مستوى الإدراك أو انخفاض ضغط الدم أو سرعة نبضات القلب أو علامات وأعراض تنفسية.

3.2.2.3 وضع الصدمة: هي الحالات التي يكون فيها عدم توازن بين إمداد الأكسجين بالجسم (إما بسبب قلبي أو رئوي أو فقدان الدم أو اضطرابات في انجذاب الأكسجين) وبين الطلب على الأكسجين بالجسم (حالات فرط الحيوية) أو الاستخدام (متلازمة تعفن الدم). تكون مصاحبة بانخفاض في ضغط الدم وزيادة سرعة نبضات القلب أو بطء نبضات القلب في الحالات المتقدمة أو التوقف الوشيك.

3.2.2.4 فقدان الوعي: كما في حالات التسمم أو الجرعات الزائدة، أحداث الجهاز العصبي المركزي وإضرابات الأيض الشديدة والتي تسبب جميعها تغير في مستوى الإدراك من العجز المعرفي البسيط والخمول إلى الغيبوبة الكاملة أو التشنجات النشطة. يجب حماية مجرى الهواء وإعطاء الرعاية الداعمة للمريض مع التقييم الفوري لتحديد السبب والعلاج. جميع المرضى الذين يعانون من تغير مستوى الوعي يجب أولا أن يتم فحص مستوى السكر بالدم لهم.

3.2.2.5 الضائقة التنفسية الشديدة: مثل: الأحداث الدماغية الشديدة، استرواح الصدر، حالات الربو المهددة للحياة (عدم القدرة على الكلام مع وجود زرقة، خمول، زيادة سرعة نبضات القلب، بطء نبضات القلب، نسبة تشبع الأكسجين بالدم أقل من 90%), تفاقم حالات السدة الرئوية المزمنة، الفشل القلبي وإضرابات الأيض الشديدة مثل الفشل الكلوي وحموضة الدم الكيتوني السكرية. هؤلاء المرضى يحتاجون الى التدخل الطبي السريع وتقييم مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية. يجب أن تتوفر الأدوية والمعدات التي

تستخدم في حالات الفشل الرئوي.

3.2.3 **Typical patients**:

3.2.3.1 Non responsive.
3.2.3.2 Vital Signs Absent/Unstable.
3.2.3.3 Severe dehydration.
3.2.3.4 Severe respiratory distress.

3.2.3 **نموذج الحالات التي تحتاج إلى إنعاش:**

3.2.3.1 عدم الاستجابة.
3.2.3.2 غياب أو عدم استقرار العلامات الحيوية.
3.2.3.3 الجفاف الشديد.
3.2.3.4 الضائقة التنفسية الحادة.

4- PROCEDURES:

4.1 All the incoming patients to the center must be assessed by the nurse triage, to prioritize them based upon the severity of their condition, (refer to Patient Triage and Priority policy).

4.2 At the triaging stage, the patient who has found to be suffering from a life threatening condition who need resuscitation must receive required medical care immediately, the triage nurse must transport the patient to emergency room to be seen immediately by the emergency physician.

4.3 The emergency physician must:

4.3.1 Assess the patient immediately for the ABC's,
4.3.2 Give the first aid measures to stabilize the patient according to his condition,
4.3.3 Start CPR if the patient is arrested (refer to CPR policy),
4.3.4 Refer the patient immediately to the hospital by the ambulance accompanied by a physician and a nurse for close monitoring, and the ambulance is preferred to be driven is by the emergency services technician (refer to the referral manual).
4.3.5 Document all procedures in the health record of the patient.
4.3.6 Ask for help from other physician in the center, if needed.

4- الإجراءات:

4.1 يجب أن يتم تقييم جميع المرضى القادمين للمركز بواسطة ممرضة الفرز وذلك لتحديد أولويات المرضى بناءً على مدى خطورة حالتهم، (أنظر سياسة فرز وتحديد أولويات المرضى).

4.2 أثناء عملية الفرز، عند اكتشاف مريض يعاني من حالة مهددة للحياة ويحتاج للإنعاش، يجب أن يتلقى العناية الطبية فوراً، حيث تقوم ممرضة الفرز بنقل المريض على غرفة الطوارئ فوراً حتى يتم متابعته فوراً بواسطة طبيب الطوارئ.

4.3 يجب أن يقوم طبيب الطوارئ بما يلي:

4.3.1 تقييم المريض فوراً حيث يتم إجراء التقييم الفوري لمجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية،
4.3.2 إعطاء الإسعافات الأولية للمريض حتى تستقر حالته على حسب الحالة،
4.3.3 البداية في الإنعاش القلبي الرئوي للمريض في حالة التوقف القلبي الرئوي (أنظر سياسة الإنعاش القلبي الرئوي).
4.3.4 تحويل المريض فوراً إلى أقرب مستشفى بواسطة سيارة الإسعاف بمرافقة طبيب وممرض لمراقبة حالته بصورة وثيقة ويفضل قيادة سيارة الإسعاف بواسطة فني خدمات طبية طارئة (أنظر دليل الإحالة).
4.3.5 توثيق جميع الإجراءات التي تمت للمريض في السجل الصحي للمريض.
4.3.6 يطلب المساعدة من الأطباء الآخرين بالمركز عند الحاجة.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1. The emergency physician:

5.1.1. Provide emergency medical care to the patient in a rapid timely manner respecting the priorities of

5- المسئوليات:

5.1. طبيب الطوارئ:

5.1.1. يقدم الرعاية الطبية الطارئة للمريض بطريقة سريعة وفي التوقيت المناسب بصورة تحترم أولويات رعاية

Applied to: **All PHC medical staff** **جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز**	**Title: Identification & management of cases that need resuscitation** **التعرف على الحالات التي تحتاج إلى إنعاش** **Page 4 of 5**	
Department: ES	**Policy Number: ED-IPP-001EA(2)**	**Replaces No.: ED-IPP-001EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

the patient care and rapidly identify patients with emergent, life threatening conditions.

5.1.2. Take immediate decision making and action necessary to prevent death or any further disability.

5.1.3. Emergency room physician will stabilize the patients, gives first aid measures and necessary definitive treatment within the PHC's capabilities, then evaluated the patient for the response to treatment and either referred to the hospital for further treatment not provided by the PHC or discharged home if improved.

5.1.4. Provide emergency care of the injuries, burns and fractures as well as medical emergency.

5.1.5. Escort the referred emergent patients to the hospital in the ambulance if needed.

5.1.6. Supervise the emergency room nurse work and help in problem solving and managing of difficult patient.

5.1.7. Ask for help from other physician in the center, if needed.

5.1.8. Document all procedures in the health record of the patient.

5.2. The triage nurse:

5.2.1. Triages patients into priority groups using appropriate guidelines and rapidly identify the patients that need resuscitation.

5.2.2. Documents the assessment clearly in triage form with assigned triage level (signed and stamped)

5.2.3. Transports the emergency patients to the emergency room when necessary and inform the physician about the patient.

5.3. In the case saving the patient or any part of his organs, the patient must be transferred to the nearest hospital with a physician and emergency services technician according to the circular from the minister no. 2797/61/11 on date 19/1/1432 H.

المرضى والتعرف سريعاً على الحالات الطارئة والعاجلة.

5.1.2. يستطيع على الفور اتخاذ القرارات والإجراءات اللازمة لمنع حدوث الوفاة أو حدوث أي إعاقة أخرى.

5.1.3. يقوم طبيب الطوارئ بعمل الإسعافات الأولية وتحقيق استقرار حالة المريض وإعطاؤه العلاج اللازم في حدود قدرات المركز الصحي، ثم يتم تقييم مدى استجابة المريض للعلاج وعلى ضوء ذلك يتم تحويله إلى المستشفى لتلقى المزيد من العلاج الغير متوفر في المركز الصحي أو إخراجه للمنزل في حالة التحسن.

5.1.4. يقدم الرعاية الطبية الطارئة لحالات الإصابات والحروق والكسور إضافة إلى الحالات الطبية الطارئة.

5.1.5. يرافق الحالات الطارئة المحولة إلى المستشفى في سيارة الإسعاف عند الضرورة.

5.1.6. يشرف على عمل ممرضة الطوارئ والمساعدة في حل المشكلات والتعامل مع المريض الصعب.

5.1.7. يطلب المساعدة من الأطباء الآخرين بالمركز عند الحاجة.

5.1.8. يقوم بتوثيق جميع الإجراءات التي تمت للمريض في السجل الصحي للمريض.

5.2. ممرضة الفرز:

5.2.1. تقوم بفرز المرضى وتحديد أولوياتهم باستخدام المبادئ المناسبة وتستطيع التعرف سريعاً على الحالات التي تحتاج إلى إنعاش.

5.2.2. تسجيل التقييم ومستوى الفرز بوضوح في استمارة الفرز وتقوم بالتوقيع وختم الاستمارة.

5.2.3. تقوم بنقل المريض إلى غرفة الطوارئ (عند الحاجة)، وتقوم بإبلاغ طبيب الطوارئ عن حالة المريض.

5.3 في حالة إنقاذ مريض أو جزء من أعضاءه, يتم نقل المريض فوراً إلى أقرب مستشفى بواسطة سيارة الإسعاف مع الطبيب وفني الخدمات الطبية الطارئة حسب تعميم معالي الوزير رقم 11/61/2797 وتاريخ 1432/1/19 هـ.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1. Emergency form.

6.1. نموذج الطوارئ.

6.2. Nurse triage form.
6.3. CPR record form.
6.4. Referral form.

6.2.نموذج التقييم التمريضي.
6.3.نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.
6.4.نموذج الإحالة.

7- REFERRANCES:

7- المراجع:

7.1. The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS).

7.1.الفرز ومقياس الأولوية لقسم الطوارئ الكندي.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC medical staff. جميع الطاقم الطبي بالمركز الصحي	Title: CPR Policy & Procedures سياسة الإنعاش القلبي الرئوي	Page 1 of 8
Department: ES	Policy Number: ED-APP-001EA (2)	Replaces No.: ED-APP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE

1.1 To establish criteria for the initiation and termination of cardiopulmonary resuscitation (CPR)
1.2 To establish agreed mechanisms to coordinate PHC personnel in a code blue situation.
1.3 To identify duties and responsibilities of each member during CPR.
1.4 To ensure an efficient and effective code blue by a designated code blue team.

1- الغرض:

1.1 وضع معايير لبدء وإنهاء الإنعاش القلبي الرئوي.
1.2 وضع آليات متفق عليها للتنسيق بين موظفي المركز الصحي أثناء الكود الأزرق.
1.3 تحديد أدوار ومسئوليات كل عضو أثناء الإنعاش القلبي الرئوي.
1.4 ضمان كفاءة وفعالية الإنعاش القلبي الرئوي بواسطة فريق مخصص للإنعاش القلبي الرئوي.

2- DEFINITIONS

2.1 **Code Blue:** is the name given to an alert call for immediate assistance in cardiopulmonary arrest or a life threatening medical emergency.
2.2 **Cardiopulmonary resuscitation (CPR):** is an emergency medical procedure for a victim of cardiac arrest or respiratory arrest that is essential to prevent irreversible brain damage and death.
2.3 **Cardiopulmonary Arrest:** is the sudden and complete loss of cardiac function and/ or breathing.
2.4 **Basic Life Support (BLS):** Comprises the elements: initial assessment, then airway maintenance, expired air ventilation (rescue breathing), and chest compression.
2.5 **Advanced Cardiac Life Support (ACLS):** Comprises, in addition to BLS, usage of drugs and equipments for endotracheal intubation during CPR.
2.6 **Code Blue Team:** Is a multidisciplinary team with pre-designated responsibility to respond to Code Blue Calls and provide initial emergency care and/or CPR and includes:
- 2.6.1 **Team Leader:** The most senior physician
- 2.6.2 **Members of the Code Blue Team:**
  - 2.6.2.1 Team Leader physician,
  - 2.6.2.2 Nursing Supervisor,
  - 2.6.2.3 2 Assigned Nurses,
  - 2.6.2.4 Physician II.
  - 2.6.2.5 Emergency medical technician.
  - 2.6.2.6 Security Guard.

2- التعريفات:

2.1 **الكود الأزرق :**هو نداء وطلب لتقديم المساعدة الفورية في حالات التوقف القلبي الرئوي أو الحالات الطارئة المهددة للحياة.
2.2 **الإنعاش القلبي الرئوي:** هو إجراء طبي طارئ وضروري في حالة التوقف القلبي أو الرئوي وذلك لمنع تلف خلايا المخ الدائم والحفاظ على حياة المريض.
2.3 **التوقف القلبي الرئوي:** هو الفقد الكامل والمفاجئ لجميع وظائف القلب و/أو التنفس.
2.4 **دعم الحياة الأساسية:** يشمل العناصر التالية: التقييم الأولي للمريض، الحفاظ على مجرى الهواء سارياً، إعطاء تنفس إنقاذي، والضغطات الصدرية.
2.5 **الإنعاش القلبي المتقدم:** يشمل بالإضافة إلى دعم الحياة الأساسية على استخدام الأدوية ومعدات التنبيب أثناء الإنعاش القلبي الرئوي.
2.6 **فريق الكود الأزرق:** هو فريق متعدد التخصصات ذو مسئولية محددة سلفاً للاستجابة لنداء الكود الأزرق لعمل الرعاية الطارئة الأولية والإنعاش القلبي الرئوي ويشمل:
- 2.6.1 **قائد الفريق:** هو الطبيب الأكثر خبرة في المركز.
- 2.6.2 **أعضاء فريق الكود الأزرق:**
  - 2.6.2.1 الطبيب قائد الفريق.
  - 2.6.2.2 مشرفة التمريض.
  - 2.6.2.3 ممرضتين.
  - 2.6.2.4 طبيب ثاني.
  - 2.6.2.5 فني خدمات طبية طارئة
  - 2.6.2.6 حارس أمن.

3- POLICY

3.1 The PHC policy is to have a CPR Team providing coverage for resuscitation to all areas of the PHC, all working hours, with well-defined resuscitation procedures.

3.2 CPR is attempted on all persons having cardiopulmonary arrest unless there is a valid " Do not Resuscitate"(DNR) decision in the health record

3.3 All staff involved in direct patient care are required to be trained and updated in CPR procedures (BCLS- Basic Cardiac Life Support) on a two (2) year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association and preferably Advanced cardiac life support (ACLS) and Advanced Trauma life support (ATLS).

3.4 PHC ensure that all the equipment are available and operable at all times to manage clinical emergencies requiring CPR.

3- السياسات:

3.1 سياسة المركز الصحي هو أن يكون هناك فريق للإنعاش القلبي الرئوي يوفر التغطية لإنعاش الحالات في جميع أنحاء المركز الصحي طوال ساعات العمل بواسطة إجراءات محددة للإنعاش.

3.2 يتم الإنعاش القلبي الرئوي على جميع حالات التوقف القلبي الرئوي ما لم يوجد قرار مسبق في ملف المريض الصحي بمنع الإنعاش القلبي الرئوي .

3.3 يجب أن يتم تدريب جميع العاملين في المركز الصحي على مبادئ دعم الحياة الأساسية ويتم تحديث التدريب كل عامين حسب توجيهات جمعية أطباء القلب السعودية ويستحسن تدريبهم على دورة الإنعاش القلبي المتقدم ودورة دعم الحياة المتقدم في الإصابات.

3.4 يضمن المركز الصحي أن تكون كل المعدات المطلوبة للتعامل مع الحالات الطارئة التي تتطلب الإنعاش القلبي الرئوي متوفرة وصالحة للتشغيل.

4- PROCEDURES

4.1 The staff member discovering a patient in a state of cardiac or respiratory arrest will:

4.1.1 Assess and recognize the arrest:

4.1.1.1 Check if the person is conscious or unconscious?

4.1.1.2 If the person appears unconscious, tap or shake his or her shoulder and ask loudly, "Are you OK?"

4.1.2 Call for help by shouting for assistance, if the patient is not responding.

4.1.3 Note the time for arrest.

4.1.4 Begin one-man CPR, if an AED is immediately available, deliver one shock if instructed by the device, then begin CPR.

4.1.5 Continue CPR until there are signs of movement or code blue team take over.

4.2 The assistant (The staff responding to call for help) will ensure:

4.2.1 Call an extension (e.g.1111) for the operator to announce the Code Blue, and stating clearly & calmly his name and the code blue site.

4- الإجراءات:

4.1 يجب أن يقوم **الشخص الذي يكتشف مريض** في حالة توقف قلبي أو رئوي بما يلي:

4.1.1 التعرف على وتقييم حالة التوقف:

4.1.1.1 التحقق ما إذا كان الشخص واعي أو غير واعي؟

4.1.1.2 إذا كان يبدو غير واعياً، اضغط على كتفه أو هزه واسأله بصوت عالٍ "هل أنت بخير؟"

4.1.2 النداء بصوت مرتفع لطلب المساعدة في حالة عدم استجابة الشخص.

4.1.3 ملاحظة وقت التوقف القلبي الرئوي.

4.1.4 يبدأ فورا الإنعاش القلبي الرئوي لشخص واحد، في حالة وجود جهاز مزيل الرجفان الآلي، يتم إعطاء صدمة واحدة حسب التعليمات التي تصدر من الجهاز ثم يبدأ الإنعاش القلبي الرئوي.

4.1.5 يجب متابعة إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي حتى ظهور علامات على استجابة المريض أو تولي فريق الكود الأزرق المسئولية.

4.2 يجب على **الشخص المساعد** (الشخص الذي يستجيب لطلب النداء) أن يقوم بما يلي:

4.2.1 الاتصال على عامل الهاتف (مثل 1111) ليعلن عن

4.2.2 Ensure safety of rescuer and patient & Clear the area of excess furniture.

4.2.3 Place the chest board under the patient.

4.2.4 Ensure oxygen and suction are available and operable and attaches Ambu bag to oxygen.

4.2.5 Assist in resuscitation procedure until code blue team arrives. i.e. provide ventilatory support using airway and Ambu bag and relieve the first nurse from external cardiac compressions when appropriate.

4.3 **On receipt of the Code Blue Call,** the telephone operator will announce clearly through the overhead pager 'Code Blue' three times indicating the Location of the code, **Example:** ATTENTION; ATTENTION… Blue, Emergency Room.

4.4 The members of code blue teams, after listening to announcement, shall rush to the code site.

4.5 On arrival, **The Code Blue team** assumes responsibility for resuscitation of the patient immediately and take over their defined roles:

4.5.1 The Team Leader (the most senior physician) should take overall control and direct all proceedings, ensuring that clear instructions are given to the attending Code Blue Team and that there is total cooperation between nurses and doctors.

4.5.2 One nurse; (Medication Nurse); will assume the responsibility for:

4.5.2.1 Starting 2 peripheral IV lines and drawing blood for investigation if ordered.

4.5.2.2 Bringing the crash cart to the code site.

4.5.2.3 Placing chest electrodes to the patient.

4.5.2.4 Giving medication as ordered by the physician.

4.5.2.5 Wiping off excess gel on patient's chest after every defibrillation.

4.5.2.6 Responsible for obtaining rhythm strips and endorse these strips to the nursing Supervisor.

4.5.3 Another nurse; (ventilation nurse); will

الكود الأزرق، ويذكر بوضوح وهدوء اسمه وموقع الكود.

4.2.2 ضمان سلامة كلاً من المنقذ والمريض وإخلاء الموقع من الأثاث الزائد حتى لا يعوق الحركة.

4.2.3 وضع لوح الصدر أسفل المريض.

4.2.4 ضمان أن اسطوانة الأكسجين وجهاز الشفط موجودة وتعمل ويقوم بتوصيل الأنبوبان إلى الأكسجين.

4.2.5 المساعدة في عمل إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي حتى وصول فريق الإنعاش القلبي الرئوي بمعنى أن يقوم بإعطاء المريض التنفس الاصطناعي باستخدام الامبوباج ومجرى للهواء ويساعد الممرض الأول في عمل الضغطات الخارجية على الصدر.

4.3 يجب على عامل التليفون الذي يتلقى نداء الكود الأزرق أن يقوم بالإعلان بوضوح من خلال جهاز النداء الداخلي ثلاث مرات موضحا مكان الكود.

مثال: انتباه "Code Blue"، غرفة الطوارئ.

4.4 يجب على فريق الكود الأزرق بعد سماع تنبيه الكود الأزرق أن يتحركوا بسرعة إلى مكان الكود.

4.5 يتحمل **فريق الكود الأزرق** مسئولية إنعاش المريض فوراً بمجرد وصوله حيث يتولى عمل المهام المحددة له:

4.5.1 يجب على قائد الفريق (الطبيب الأكثر خبرة) السيطرة الكلية والمباشرة على كافة الإجراءات وإعطاء تعليمات واضحة لفريق الكود مع ضمان التعاون التام بين جميع أفراد الكود من ممرضين وأطباء.

4.5.2 تتولى الممرضة (المسئولة عن الأدوية) المسئولية عن:

4.5.2.1 تركيب خطين وريدين طرفين، وسحب الدم لعمل الفحوصات في حالة طلبها.

4.5.2.2 إحضار عربة الطوارئ إلى مكان الكود.

4.5.2.3 وضع الأقطاب الصدرية على صدر المريض.

4.5.2.4 إعطاء الأدوية حسب أوامر الطبيب.

4.5.2.5 مسح الجل الزائد من على صدر المريض بعد عمل كل صدمة كهربائية.

4.5.2.6 الحصول على شرائط إيقاع القلب وإبلاغ مشرفة التمريض عنها لتوثيقها.

4.5.3 تتولى الممرضة (المسئولة عن التنفس الاصطناعي) المسئولية عن:

4.5.3.1 إعطاء الأكسجين بواسطة أمبوباج وشفط السوائل للمريض ومساعدة الطبيب في حالة عمل تنبيب للمريض.

assume the responsibility for:

4.5.3.1 Providing oxygen via Ambu bag, suctioning and assisting the doctor in intubation.

4.5.3.2 Assist in performing chest compressions.

4.5.4 The nursing supervisor will take overall responsibility for documenting the events; and will be responsible for calling the ambulance to refer patient to the hospital.

4.6 Other nurses and doctors not actively participating in the code blue should be responsible for obtaining equipment, clearing visitors/others from the area, and other activities as requested.

4.7 The pharmacy will be available by phone to provide additional drugs, equipment and supplies, and will check the crash cart for emergency medications and refill it after the code. (refer to Crash Cart Checking & Restocking policy).

4.8 Resuscitation procedures should be followed in line with the current guidelines provided by Saudi Heart Association/ American Heart Association (refer to CPR algorithms)

4.9 Termination of Resuscitation:

4.9.1 Resuscitation efforts must continue until the success of restoration of circulation and respiration or transfer patient to the nearest hospital.

4.9.2 If the resuscitation is successful, then the patient should be referred by the ambulance accompanied with physician and nurse to the nearest hospital with all documentations; referral form and a copy of CPR record form.

4.9.3 If CPR efforts are unsuccessful. CPR can be terminated, after concurrence that the patient is unresponsive to all therapeutic efforts, by the CPR Team leader.

4.10 CPR record form is to be recorded by the nursing supervisor & signed by the team leader and other team members, placed one copy in the patient file, and another copy submitted to CPR committee chairman, the data will include:

4.5.3.2 المساعدة في عمل الضغطات الصدرية.

4.5.4 تتولى مشرفة التمريض المسئولية الكاملة عن توثيق أحداث الكود وكذلك عن استدعاء عربة الإسعاف لتحويل المريض إلى المستشفى.

4.6 باقي التمريض والأطباء الغير مشاركين بفاعلية في الكود يجب أن يكونوا مسئولين عن توفير أي معدات تتطلب وإخلاء منطقة الكود من الزوار والآخرين والقيام بأي أنشطة أخرى تطلب منهم.

4.7 يجب أن تكون الصيدلية مستعدة على التليفون لتوفير أدوية ومعدات وإمدادات إضافية، كما تقوم بفحص أدوية الطوارئ بعربة الطوارئ بعد الكود لإعادة تعبئتها. (راجع سياسة فحص وإعادة تخزين عربة الطوارئ).

4.8 يجب أن تتماشى إجراءات الإنعاش مع إرشادات جمعية القلب السعودية وجمعية القلب الأمريكية (راجع خطوات الإنعاش القلبي الرئوي).

4.9 إنهاء الإنعاش:

4.9.1 يجب أن تستمر جهود الإنعاش حتى النجاح في استعادة الدورة الدموية والتنفس الطبيعي للمريض أو تحويل المريض إلى أقرب مستشفى.

4.9.2 في حالة نجاح جهود الإنعاش، يجب أن يتم تحويل المريض بواسطة سيارة الإسعاف برفقة طبيب وممرض إلى أقرب مستشفى مصحوباً بجميع الوثائق مثل نموذج التحويل ونسخة من نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.

4.9.3 في حالة عدم نجاح جهود الإنعاش، يمكن إنهاء جهود الإنعاش بواسطة قائد الفريق بعد التوافق أن المريض لا يستجيب للجهود العلاجية.

4.10 يجب أن يتم تسجيل نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي بواسطة مشرفة التمريض ويتم توقيعه من قائد الفريق وباقي أعضاء الفريق ويوضع نسخة منه في ملف المريض وتقدم نسخة أخرى إلى رئيس لجنة الإنعاش القلبي الرئوي ويشمل البيانات التالية:

4.10.1 بيانات المريض: الاسم ورقم السجل الصحي.

4.10.2 مكان الكود.

4.10.3 تاريخ ووقت بداية وانتهاء الإنعاش القلبي الرئوي.

4.10.4 نوع التوقف.

4.10.5 وقت استدعاء فريق الكود.

4.10.6 وقت وصول فريق الكود.

4.10.7 وقت عمل التنبيب وحجم وعمق الأنبوبة.

4.10.8 علامات المريض الحيوية في حالة وجودها وحالة القلب.

4.10.9 تسلسل أحداث الإنعاش ويشمل عدد الصدمات

4.10.1 Patient data: name and health record number.
4.10.2 CPR venue.
4.10.3 Date and time CPR started & ended.
4.10.4 Type of the arrest.
4.10.5 Time of calling the Code Blue team.
4.10.6 Time of arrival of the Code Blue team.
4.10.7 Time of Intubation, tube size & depth.
4.10.8 Patient vital signs if present, and cardiac status e.g., asystole, ventricular fibrillation etc.
4.10.9 Sequence of events including the number and voltage of DC shock given.
4.10.10 Medications given, time, dosage and response.
4.10.11 Outcome of resuscitation i.e., successful; sinus rhythm or self-ventilating, or not successful.

4.11 The security person is responsible for controlling crowds, keeping all visitors away from the code area, facilitating for the code blue team, and remaining in the area until relieved of duty by the leader.

الكهربية المعطاة وجهدها.
4.10.10 الأدوية المعطاة ووقتها وجرعتها ومدى الاستجابة لها.
4.10.11 نتائج الإنعاش مثل: النجاح والعودة إلى إيقاع القلب والتنفس الطبيعيين أو الفشل.
4.11 يتولى رجل الأمن المسئولية عن معالجة الزحام الموجود وإبعاد جميع الزوار عن مكان الكود وتسهيل عمل فريق الكود والبقاء في مكان الكود حتى يأذن له قائد الفريق بالانصراف.

5- RESPONSIBILITIES

5.1. The center leader:

5.1.1. Ensures that all the equipment is available and operable at all times to manage clinical emergencies requiring CPR.
5.1.2. Ensures that all the medical staff are trained on the essential activities required during resuscitation.

5.2. The CPR Committee:

5.2.1. Promotes and supports all matters concerning resuscitation and resuscitation training within the center.
5.2.2. Works to improves Cardiopulmonary Resuscitation (Code Blue) response and management for both adult and pediatrics.
5.2.3. Develops, reviews and approves internal policies and procedures for cardiopulmonary resuscitation to guide the care of patients with cardiac arrest.
5.2.4. Reviews and evaluates all Code Blue reports.
5.2.5. Develops and monitors indicators to

5- المسئوليات:

5.1. مدير المركز:

5.1.1. يضمن توفير جميع المعدات المطلوبة للتعامل مع الحالات الطارئة التي تحتاج إلى الإنعاش القلبي الرئوي بصورة فعالة وفي جميع الأوقات.
5.1.2. يضمن تدريب جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز على الأنشطة الأساسية المطلوبة لعمل الإنعاش القلبي الرئوي.

5.2. لجنة الإنعاش القلبي الرئوي:

5.2.1. تحفز وتدعم جميع الأمور المتعلقة بالإنعاش والتدريب عليه داخل المركز.
5.2.2. تحسن عملية الاستجابة للكود وكذلك تحسن إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي لكل من الكبار والأطفال.
5.2.3. تضع وتراجع وتعتمد سياسات وإجراءات داخلية للإنعاش القلبي الرئوي والتي توجه لكيفية العناية بحالات التوقف القلبي.
5.2.4. تراجع وتقيم جميع تقارير الكود الزرق.
5.2.5. تطور وتراقب مؤشرات لتقييم بنية وعمليات ونتائج الإنعاش القلبي الرئوي.

evaluate the structure/processes and outcome of CPR.

5.2.6. Arranges mandatory CPR training program to all center medical staff.

5.2.7. Promotes BCLS and ACLS training in accordance with the Saudi Heart Association guidelines.

5.2.8. Approves new resuscitation equipments.

5.3. **The Team Leader**:

5.3.1. Should be the most senior physician in the center (preferred to be Cardiologist or Internist)

5.3.2. Must clearly identify himself as Head of the Team.

5.3.3. Overall in charge of the CPR procedure.

5.3.4. Will supervise and direct the team.

5.3.5. Checks efficiency of procedures done.

5.3.6. Ensures that resuscitation protocols are followed.

5.3.7. Should be highly proficient with ACLS protocols.

5.3.8. Must know ACLS drugs and their action and recognize all ECG patterns.

5.3.9. Decides the time to end the code.

5.3.10. Verifies the death of the patient if the code was not successful and document in the CPR record form.

5.3.11. Supervises the documentation of the CPR process.

5.3.12. Escorts the patient in the ambulance when referred to the hospital.

5.4. **Physician II**:

5.4.1. Assist and coordinate with the physician in charge.

5.4.2. Be familiar also with all the CPR procedures.

5.5. **Nursing Supervisor**:

5.5.1. Supervises the other code nurses.

5.5.2. Will be responsible for calling the ambulance to refer patient to the hospital.

5.5.3. Will be responsible for documenting the events in the CPR record form.

5.5.4. Responsible for crash cart including preparing medication and setting the defibrillator as ordered.

5.2.6. تنظم برنامج إجباري للتدريب على الإنعاش القلبي الرئوي لجميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز.

5.2.7. تحفز العاملين على التدريب على مبادئ دعم الحياة الأساسية والإنعاش القلبي المتقدم ويتم تحديث التدريب كل عامين حسب توجيهات جمعية أطباء القلب السعودية.

5.2.8. تعتمد أجهزة الإنعاش الجديدة.

5.3. **قائد الفريق:**

5.3.1. يجب أن يكون الطبيب الأكثر خبرة في المركز (يفضل أن يكون أخصائي قلب أو باطنه).

5.3.2. يجب أن يقوم بتعريف نفسه بوضوح كقائد للفريق.

5.3.3. المسئول الرئيسي عن إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي.

5.3.4. يشرف على الفريق ويوجه أعضاؤه.

5.3.5. يتحقق من كفاءة الإجراءات التي تمت.

5.3.6. يتحقق من إتباع بروتوكولات الإنعاش.

5.3.7. يجب أن يكون على دراية وإتقان بإجراءات الإنعاش القلبي المتقدم.

5.3.8. يجب أن يكون على دراية بأدوية الإنعاش القلبي المتقدم وطريقة عملها ويستطيع التعرف على جميع أشكال تخطيط القلب.

5.3.9. يقرر الوقت الذي يتم فيه إنهاء الكود.

5.3.10. يتحقق من موت المريض في حالة عدم نجاح الكود ويوثق ذلك في نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.

5.3.11. يشرف على توثيق عملية الإنعاش.

5.3.12. يرافق المريض في سيارة الإسعاف عند تحويله إلى المستشفى.

5.4. **الطبيب الثاني:**

5.4.1. يساعد وينسق مع الطبيب قائد الفريق.

5.4.2. يجب أن يكون على دراية بإجراءات الإنعاش القلبي الرئوي.

5.5. **مشرفة التمريض:**

5.5.1. تشرف على ممرضات الكود الآخرين.

5.5.2. مسئولة عن طلب سيارة الإسعاف لنقل المريض إلى المستشفى.

5.5.3. مسئولة عن توثيق أحداث الكود في نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.

5.5.4. مسئولة عن عربة الطوارئ ويشمل تحضير الأدوية وضبط جهاز إزالة الصدمات حسب أوامر الطبيب.

5.5.5. تحصل على توقيع قائد الفريق وباقي أعضاء الفريق على نموذج تسجيل الإنعاش، وتضع نسخة منه في

- **5.5.5.** Obtain the signature of the team leader and other team members on the CPR record form, placed one copy in the patient file, and another copy submitted to CPR committee chairman.
- **5.5.6.** Administratively controls the number of personnel and visitors in the code area.
- **5.5.7.** Obtains additional equipment and help as necessary.
- **5.5.8.** Writes an OVR and inform the CPR Committee for any delay or mismanagement.
- **5.5.9.** Coordinates and communicates with the Social Worker about the Code and its result to inform the family.

5.6. <u>One nurse (Medication Nurse)</u>:

- **5.6.1.** Starts 2 peripheral IV lines and drawing blood for investigation if ordered.
- **5.6.2.** Brings the crash cart to the code site.
- **5.6.3.** Places chest electrodes to the patient.
- **5.6.4.** Giving medication as ordered by the physician.
- **5.6.5.** Wiping off excess gel on patient's chest after every defibrillation.
- **5.6.6.** Responsible for obtaining rhythm strips and endorse these strips to the head nurse.
- **5.6.7.** Responsible for the after care of crash cart and cleaning of the portable defibrillator.

5.7. <u>One nurse (ventilation nurse)</u>:

- **5.7.1.** Provides oxygen via Ambu bag, suctioning and assists the doctor in intubations.
- **5.7.2.** Assists in performing chest compressions.
- **5.7.3.** Coordinates with the nurse doing chest compressions to count the rhythms.
- **5.7.4.** After the CPR she will clean the Ambu Bag, Laryngoscope, O2 humidifier and cardiac board.

5.8. <u>Security Guard</u>:

- **5.8.1.** Be immediately outside of the code area and take the responsibility for

ملف المريض وتقدم نسخة أخرى إلى رئيس لجنة الإنعاش القلبي الرئوي.

- **5.5.6.** تتحكم إدارياً في عدد الأشخاص والزوار في مكان الكود.
- **5.5.7.** تحصل على معدات إضافية والمساعدة عند الضرورة.
- **5.5.8.** تكتب نموذج الإبلاغ عن حادثة وتبلغ لجنة الإنعاش القلبي الرئوي عن أي تأخير أو سوء إدارة.
- **5.5.9.** تنسق وتتواصل مع الأخصائي الاجتماعي لإبلاغ عائلة المريض عن الكود ونتائجه.

5.6. <u>ممرضة الأدوية</u>:

- **5.6.1.** تركب 2 خط وريدي طرفي وتسحب الدم لعمل الفحوصات عند طلبها.
- **5.6.2.** تحضر عربة الطوارئ إلى مكان الكود.
- **5.6.3.** تضع الأقطاب الصدرية على صدر المريض.
- **5.6.4.** تعطي الأدوية حسب أوامر الطبيب.
- **5.6.5.** تمسح الجل الزائد من على صدر المريض بعد عمل كل صدمة كهربائية.
- **5.6.6.** مسئولة عن الحصول على شرائط إيقاع القلب وإبلاغ مشرفة التمريض عنها لتوثيقه.
- **5.6.7.** مسئولة عن العناية بعربة الطوارئ بعد الكود وتنظيف جهاز إزالة الصدمات.

5.7. <u>ممرضة التنفس الاصطناعي</u>:

- **5.7.1.** مسئولة عن إعطاء الأكسجين بواسطة أمبوباج وشفط السوائل للمريض ومساعدة الطبيب في حالة عمل تنبيب للمريض.
- **5.7.2.** تساعد في عمل الضغطات الصدرية.
- **5.7.3.** تنسق مع الممرضة التي نعمل الضغطات الصدرية لحساب معدل الضغطات الصدرية إلى التنفس الاصطناعي.
- **5.7.4.** بعد انتهاء الإنعاش القلبي الرئوي، تقوم بتنظيف أمبوباج ونظار الحنجرة ومرطب الأكسجين ولوح الإنعاش القلبي الصلب.

5.8. <u>فرد الأمن</u>:

- **5.8.1.** يكون خارج منطقة الكود فوراً ويتولى المسئولية عن معالجة الزحام الموجود، تسهيل مهمة فريق الكود وإبعاد جميع الزوار عن مكان الكود حسب توجيهات مشرفة التمريض.
- **5.8.2.** يجب عليه البقاء في مكان الكود حتى يأذن له قائد الفريق بالانصراف.

controlling crowds, facilitating for the code blue team and removing any visitors that are not required away from the code area as directed by the nursing supervisor.

5.8.2. remains in the area until relieved of duty by the team leader.

6- FORMS:

6.1. CPR record form.
6.2. Crash Cart Check List.

6- النماذج:

6.1.نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.
6.2.قائمة التحقق من مكونات عربة الطوارئ.

7- REFERRANCES:

7.1. American Heart Association Guidelines for CPR 2010
7.2. Code Blue / CPR Policy, KING FAHD HOSPITAL – JEDDAH

7- المراجع:

7.1.إرشادات جمعية القلب الأمريكية للإنعاش القلبي الرئوي 2010.
7.2.سياسة Code Blue, مستشفى الملك فهد – جدة,

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff **جميع موظفي المركز**	**Title: Patient Triage and Priority policy &procedures** **سياسة فرز المرضى وتحديد أولوياتهم**	**Page 1 of 7**
Department: ES	**Policy Number: ED-APP-002EA(2)**	**Replaces No.: ED-APP-002EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE

1.1. To provide guidelines to be followed in classification and prioritizing of patients according to their medical need.

1.2. To rapidly identify patients with urgent, life threatening conditions, for proper place of treatment on a suitable time.

2- DEFINITIONS

2.1. Patient Triage: is the process of assessing patients and determining the priority of patients' treatments based on the severity of their condition.

2.2. Life Threatening cases: Are conditions that are threats to life or limb (or imminent risk of deterioration) requiring immediate aggressive interventions**.**

2.3. Emergent Cases: Are conditions that are a potential threat to life, limb or function, requiring rapid medical intervention.

2.4. Urgent Cases: Are conditions that could potentially progress to a serious problem requiring emergency intervention.

2.5. Non Urgent cases: Conditions that may be acute but non-urgent as well as conditions which may be part of a chronic problem with or without evidence of deterioration.

2.6. Nonscheduled visits: Patient visit to the health facility without a previous appointment as in: emergency room and general clinics in the PHC.

2.7. Scheduled visits :patient visits to the health facility with a booked appointment as in: Well baby clinics, Antenatal care, chronic disease clinic and Immunization clinic.

1- الغرض:

1.1. توفير المبادئ التي يجب أن تتبع في تصنيف المرضى وإعطائهم الأولوية حسب احتياجاتهم الطبية.

1.2. التعرف سريعا على الحالات العاجلة والمهددة للحياة وذلك لوضعها في المكان المناسب للعلاج في التوقيت المناسب.

2- التعريفات:

2.1. فرز المرضى: هي عملية تقييم المرضى وتحديد أولويات العلاج بناء على مدى خطورة الحالة.

2.2. حالة مهددة للحياة: هي الحالات المهددة للحياة أو لأحد الأعضاء أو وشيكة الخطر للتدهور وتحتاج إلى تدخل فوري.

2.3. حالة طارئة: هي الحالات التي تشكل تهديد لحياة المريض أو لأحد أطرافه أو وظائفه وتحتاج التدخل الطبي السريع.

2.4. حالة عاجلة: هي الحالات التي قد تتطور إلى مشكلة خطيرة تتطلب التدخل الطارئ.

2.5. حالة غير عاجلة: هي الحالات التي يمكن أن تكون حادة ولكنها غير عاجلة وتشمل أيضا الحالات التي قد تكون جزءا من مشكلة مزمنة مع أو من دون وجود دليل على التدهور.

2.6. الزيارات غير المجدولة: هي زيارة المريض إلى المرفق الصحي بدون موعد مسبق كما في: أقسام الطوارئ والعيادات العامة بالمركز الصحي.

2.7. الزيارات المجدولة: هي زيارة المريض إلى المرفق الصحي بموعد مسبق كما في: عيادة الطفل السليم، التطعيمات، رعاية الحوامل وعيادة الأمراض المزمنة.

Applied to: All PHC staff **جميع موظفي المركز**	**Title: Patient Triage and Priority policy &procedures** **سياسة فرز المرضى وتحديد أولوياتهم**	**Page 2 of 7**
Department: ES	**Policy Number: ED-APP-002EA(2)**	**Replaces No.: ED-APP-002EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3- POLICY

3.1. All incoming patients with nonscheduled visits to the Primary Health Center are triaged or Prioritized by a specifically trained and experienced nurse and sometimes by the reception staff to rapidly identify patients with urgent, life threatening conditions to prevent unnecessary loss of life and promptly relieve the suffering patients.

4- PROCEDURES

4.1. TRIAGE is a dynamic process which provide ongoing assessment of patients;

4.1.1. All incoming patients with nonscheduled visits should be assessed, (usually based upon chief complaint) by the nurse triage, to prioritize them based upon the severity of their condition.

4.1.2. All patients should be assessed (at least visually) within 10 minutes of arrival.

4.1.3. Full patient assessments should not be done in the triage area (treatment nurse should complete assessment). Only information required to assign a triage level should be recorded.

4.1.4. A rapid assessment (Just brief visual assessment 0-30 seconds) may be necessary in case of crowdedness to ensure patient flow and reduce delays to contact with a health provider.

4.1.5. A patient’s condition may improve or deteriorate during the wait for entry to the treatment area.

4.2. Patient Entry;

4.2.1. On Patient arrival to the PHC, the Reception staff will give the patient a serial number and send him to the nursing triage station, as the patient will wait in the waiting area for his number to be called by the triage nurse.

3- السياسات:

3.1. يتم فرز جميع المرضى القادمين للمركز الصحي بدون موعد مسبق وتحديد أولوياتهم وذلك بواسطة ممرض مدرب وذو خبرة وفي بعض الأحيان بواسطة موظف الاستقبال وذلك للتعرف على الحالات العاجلة والمهددة للحياة لمنع حدوث أي خسارة غير ضرورية للحياة ولتخفيف معاناة المرضى على وجه السرعة.

4- الإجراءات:

4.1. الفرز هي عملية ديناميكية توفر تقييم مستمر للمرضى:

4.1.1. جميع المرضى القادمين للمركز بدون موعد مسبق ينبغي تقييمهم (استنادا عادة على شكوى المريض الرئيسية) بواسطة ممرض الفرز وذلك لتحديد أولويات علاج المريض بناء على مدى خطورة الحالة.

4.1.2. جميع المرضى يجب أن يتم تقييمهم في خلال 10 دقائق من الوصول للمركز على الأقل بمجرد النظر.

4.1.3. التقييم الكامل للمريض ينبغي أن يتم بواسطة ممرضة العيادة وليس في غرفة الفرز. (فقط المعلومات التي نحتاجها لتحديد مستوى الفرز هي التي يجب أن تأخذ).

4.1.4. في حالة الزحام ممكن أن يتم التقييم باختصار وبسرعة (في خلال 30 ثانية) وذلك لضمان سرعة تدفق المرضى وعدم التأخير.

4.1.5. يجب ملاحظة أن حالة المريض بعد التقييم يمكن أن تتحسن أو تتدهور أثناء الانتظار لدخول حجرة الكشف.

4.2. استقبال المريض:

4.2.1. عند وصول المريض للمركز الصحي يقوم موظف الاستعلامات بإعطاء المريض رقم تسلسلي وإرساله إلى محطة غرفة الفرز، حيث ينتظر المريض في مكان الانتظار حتى تقوم ممرضة الفرز بالنداء على رقمه.

4.2.2. الحالات الطارئة يجب أن توجه إلى ممرضة الفرز مباشرة بدون انتظار. عند اشتباه موظف الاستقبال في كون الحالة طارئة، يستطيع ببساطة أن يسال المريض

4.2.2. Emergency cases should be seen directly by the triage nurse without waiting, Simply, If the Reception staff suspect an emergent case, he can ask the patient– **Do you have an urgent problem?**

4.2.3. The Reception staff should be trained on identification of the high risk patients to send them directly to the emergency room without delay, and should be trained & updated on CPR procedures (BCLS- Basic Cardiac Life Support) on 2-year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

4.3. In the triage room, The triage nurse should;

4.3.1. have rapid access or be in view of the registration and waiting areas at all times.

4.3.2. Performs brief visual assessments.

4.3.3. Triages patients into priority groups using appropriate guidelines.

4.3.4. Documents the assessment clearly in triage form with assigned triage level (signed and stamped).

4.3.5. Transports patient to Emergency Room when necessary and inform the physician about the patient.

4.3.6. Gives report to the emergency room nurse or emergency physician, documents who report was given to and returns to the triage area.

4.3.7. Instructs waiting patients to notify triage nurse of any change in condition.

4.4. Triage Assessment includes:

4.4.1. Chief complaint:

4.4.1.1. Onset/Course/Duration.

4.4.1.2. Pain scale (If pain is present)**;** The more intense the pain (8-10/10) the more the care provider should be concerned about the need to identify or exclude serious illnesses.

4.4.2. Physical assessment:

4.4.2.1. Physical assessment must be rapid,

مباشرة- هل حالتك طارئة؟

4.2.3. ينبغي أن يتم تدريب موظف الاستقبال للتعرف على الحالات فائقة الخطورة وذلك لتحويلها مباشرة إلى غرفة الطوارئ بدون تأخير، وأيضا يجب أن تدريبه على أساسيات الإنعاش القلبي الرئوي ويتم تجديد الشهادة كل عامين بناءا على مبادئ جمعية أطباء القلب السعودية.

4.3. في غرفة الفرز ينبغي أن تكون ممرضة الفرز:

4.3.1. متواجدة في موقع يسمح لها برؤية الاستقبال وأماكن الانتظار في جميع الأوقات.

4.3.2. تقوم بعمل تقييم سريع بمجرد النظر.

4.3.3. تقوم بفرز المرضى وتحديد أولوياتهم باستخدام المبادئ المناسبة.

4.3.4. تقوم بتسجيل التقييم ومستوى الفرز بوضوح في استمارة الفرز وتقوم بالتوقيع وختم الاستمارة.

4.3.5. تقوم بنقل المريض إلى غرفة الطوارئ (عند الحاجة)، وتقوم بإبلاغ طبيب الطوارئ عن المريض.

4.3.6. تقوم بإعطاء تقرير شفوي عن حالة المريض إلى ممرضة الطوارئ أو الطبيب وتسجيل ذلك في استمارة الفرز وتعود مرة أخرى إلى غرفة الفرز.

4.3.7. تقوم بتوجيه المرضى المتواجدين في مكان الانتظار لإبلاغها في حالة حدوث أي تغير في حالتهم.

4.4. التقييم التمريضي يشمل:

4.4.1. الشكوى الرئيسية:

4.4.1.1. بدايتها، مدتها، دورتها.

4.4.1.2. مقياس الألم (في حالة وجوده): كلما كان مستوى الألم شديد (10/8-10)، يجب على مقدم الخدمة أن يشعر بالقلق إزاء الحاجة إلى تحديد أو استبعاد الأمراض الخطيرة.

4.4.2. التقييم البدني:

4.4.2.1. التقييم البدني يجب أن يكون سريع، موجز ومركز ولا ينبغي أن يكون تقييما شاملا.

4.4.2.2. يجب أن يعتمد التقييم البدني في غرفة الفرز على الملاحظة بصورة رئيسية، مثلا يمكن تقييم أن مجرى التنفس ساري عن طريق ملاحظة

Applied to: All PHC staff جميع موظفي المركز	Title: Patient Triage and Priority policy &procedures سياسة فرز المرضى وتحديد أولوياتهم	Page 4 of 7
Department: ES	Policy Number: ED-APP-002EA(2)	Replaces No.: ED-APP-002EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

concise, and focused; (Not a head to toe assessment).

4.4.2.2. Physical assessment, accompanies the triage interview, is chiefly through observation; **e.g.** Assessment may begin with the observation that the patient can speak and therefore has a patent airway.

4.4.2.3. Effective triage requires the use of sight, hearing, smell and touch.
- Look for severe distress; facial grimaces, cyanosis, fear...etc.
- Listen for a cough, hoarseness, labored respiration...etc.
- Touch the patient; assess heart rate and skin temperature and moisture.
- Notice odors such as the smell of ketones, alcohol, or infection.

4.4.2.4. Vital signs (VS) will be done on patients if required for categorization or if time permits. Otherwise Vital signs are the responsibility of the treatment nurse.

4.5. Triage Categorization;

4.5.1. In case of doubt (the patient looks ill and you are not sure, better to up-level the triage than down-level it).

4.5.2. Levels of Triage Categorization:

4.5.2.1. Level I – Life Threatening Conditions:

4.5.2.1.1. Conditions that are threats to life or limb requiring immediate aggressive interventions, e.g. Un-responsive, absent or unstable vital signs (panic, pulse less) and severe respiratory distress.

4.5.2.1.2. Time to physician: IMMEDIATE

4.5.2.1.3. Patient should be stabilized, given first aid measures and referred immediately to the hospital by the

المريض وهو يتحدث.

4.4.2.3. فعالية الفرز تتطلب استخدام حواس النظر، السمع، الشم واللمس مثل:
- ابحث عن مظاهر الإعياء الشديد مثل تجهم الوجه، الزرقة، الخوف.... وخلافه
- استمع إلى أصوات مثل الكحة، بحة في الصوت، اضطراب التنفس وخلافه.
- بواسطة لمس المريض، يمكن معرفة معدل النبض ودرجة حرارة الجلد.
- بواسطة شم بعض الروائح مثل رائحة الكيتونات أو الكحوليات.

4.4.2.4. العلامات الحيوية يجب قياسها فقط إذا كان ذلك مطلوبا لتحديد فئات الفرز أو إذا سمح الوقت، غير ذلك يكون قياس العلامات الحيوية من مسئولية ممرضة الطوارئ أو العيادة.

4.5. تصنيف الحالات:

4.5.1. في حالة الشك (المريض يبدو مريضا وأنت غير متأكد، من الأفضل رفع مستوى التصنيف عن خفضه)

4.5.2. مستويات تصنيف الحالات:

4.5.2.1. المستوى الأول – الحالات المهددة للحياة

4.5.2.1.1. هي الحالات المهددة للحياة أو لأحد الأعضاء وتحتاج إلى تدخل فوري مثل: عدم الاستجابة، غياب أو عدم استقرار العلامات الحيوية (عدم وجود نبض أو نفس) أو ضائقة تنفسية حادة.

4.5.2.1.2. الوقت للوصول للطبيب: فورا

4.5.2.1.3. يجب أن يتم عمل الإسعافات الأولية للمريض حتى تستقر حالته، ثم يتم إحالته فورا إلى أقرب مستشفى بواسطة سيارة الإسعاف بمرافقة طبيب وممرض لمراقبة حالته بصورة وثيقة.

4.5.2.1.4. الحالات الشائعة: انظر المرفقات

4.5.2.2. المستوى الثاني – (الحالات الطارئة):

4.5.2.2.1. هي الحالات التي تشكل تهديد لحياة المريض أو لأحد أطرافه أو

ambulance accompanied by physician and nurse for close monitoring.

4.5.2.1.4. Common presentations: (see attachments).

4.5.2.2. Level II – (Emergent Cases):

4.5.2.2.1. Conditions that are a potential threat to life limb or function, requiring rapid medical intervention.

4.5.2.2.2. Time to physician: □15 minutes.

4.5.2.2.3. should be re-assessed every 15 minutes and Can be leveled to level 1.

4.5.2.2.4. Should be send immediately to the emergency room, given first aid measures, received treatment, put under observation, urgent investigations will be done and either refer to the hospital for more interventions or discharge home if improved.

4.5.2.2.5. Common presentations: (see attachments).

4.5.2.3. Level III – Urgent cases:

4.5.2.3.1. Conditions that could potentially progress to a serious problem requiring emergency intervention.

4.5.2.3.2. Time to physician □□30 min

4.5.2.3.3. Should be re-assessed every 60 minutes.

4.5.2.3.4. Should be send to the emergency room, received treatment, put under observation, urgent investigations will be done and either discharge home if improved or refer

وظائفه وتحتاج التدخل الطبي السريع.

4.5.2.2.2. الوقت للوصول للطبيب: □ 15 دقيقة

4.5.2.2.3. يجب أن يعاد تقييمه كل 15 دقيقة ويمكن أن يصنف إلى المستوى الأول إذا تدهورت الحالة.

4.5.2.2.4. يجب أن يرسل فورا إلى غرفة الطوارئ، يعطى الإسعافات الأولية والعلاج اللازم مع وضعه تحت الملاحظة وعمل الفحوصات العاجلة له، ثم إما أن يحول إلى المستشفى لمزيد من التدخلات الطبية اللازمة أو أن يخرج للمنزل إذا تحسنت حالته.

4.5.2.2.5. الحالات الشائعة: انظر المرفقات

4.5.2.3. المستوى الثالث – الحالات العاجلة:

4.5.2.3.1. هي الحالات التي قد تتطور إلى مشكلة خطيرة تتطلب التدخل الطارئ.

4.5.2.3.2. الوقت للوصول للطبيب: □ 30 دقيقة.

4.5.2.3.3. يجب أن يعاد تقييمها كل 60 دقيقة.

4.5.2.3.4. يجب أن ترسل الحالة إلى غرفة الطوارئ لتلقي العلاج ووضعها تحت الملاحظة وعمل الفحوصات العاجلة لها، ومن ثم: - في حالة التحسن يتم خروجها للمنزل أويتم تحويلها للمستشفى للمزيد من التدخلات الطبية.

4.5.2.3.5. الحالات الشائعة: انظر المرفقات

4.5.2.4. المستوى الرابع – الحالات الغير عاجلة:

4.5.2.4.1. هي الحالات التي يمكن أن تكون حادة ولكنها غير عاجلة وتشمل أيضا الحالات التي قد تكون جزءا من مشكلة مزمنة مع أو من دون وجود دليل على التدهور.

to the hospital for more interventions.

4.5.2.3.5. Common presentations: (see attachments).

4.5.2.4. Level IV– Non Urgent cases:

4.5.2.4.1. Conditions that may be acute but non-urgent as well as conditions which may be part of a chronic problem with or without evidence of deterioration.

4.5.2.4.2. Time to physician 2 hours.

4.5.2.4.3. Should be re-assessed every 120 minutes**.**

4.5.2.4.4. The patients will be distributed to different clinics according to their needs, received treatment & discharged home if their condition not deteriorate.

4.5.2.4.5. Common presentations: (see attachments).

4.5.2.4.2. **الوقت للوصول للطبيب: ساعتان.**

4.5.2.4.3. يجب أن يتم إعادة تقييمها كل ساعتين.

4.5.2.4.4. يجب توزيع المرضى على مختلف العيادات حسب احتياجاتهم الطبية، حيث يتلقوا العلاج ويتم إخراجهم للمنزل بعد ذلك ما لم تتدهور حالتهم.

4.5.2.4.5. **الحالات الشائعة: انظر**

4.5.2.4.6. **المرفقات**

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The triage nurse:

5.1.1 should have rapid access or be in view of the registration and waiting areas at all times.

5.1.2 Performs brief visual assessments for all patients.

5.1.3 Triages patients into priority groups using appropriate guidelines.

5.1.4 Documents the assessment clearly in triage form with assigned triage level (signed and stamped)

5.1.5 Transports patient to Emergency Room when necessary and inform the physician about the patient.

5- المسئوليات:

5.1ممرضة الفرز:

5.1.1 يجب أن تكون متواجدة في موقع يسمح لها برؤية الاستقبال وأماكن الانتظار في جميع الأوقات.

5.1.2 تقوم بعمل تقييم سريع بمجرد النظر لجميع المرضى.

5.1.3 تقوم بفرز المرضى وتحديد أولوياتهم باستخدام المبادئ المناسبة.

5.1.4 تسجيل التقييم ومستوى الفرز بوضوح في استمارة الفرز وتقوم بالتوقيع وختم الاستمارة.

5.1.5 نقل المريض إلى غرفة الطوارئ (عند الحاجة), وتقوم بإبلاغ طبيب الطوارئ عن المريض.

5.1.6 تقوم بإعطاء تقرير شفوي عن حالة المريض إلى ممرضة الطوارئ أو الطبيب وتسجيل ذلك في استمارة الفرز وتعود مرة أخرى إلى غرفة الفرز.

5.1.6 Gives report to the treatment nurse or emergency physician, documents who report was given to and returns to the triage area.

5.1.7 Keeps patients/families aware of delays.

5.1.8 Reassesses waiting patients as necessary.

5.1.9 Instructs waiting patients to notify triage nurse of any change in condition.

5.1.10 should be trained & updated on CPR procedures (BCLS- Basic Cardiac Life Support) on 2 year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

5.1.7 تبقي المرضى وعائلاتهم على علم بأي تأخير يحدث.

5.1.8 تقوم بإعادة تقييم المرضى المنتظرين عند الضرورة.

5.1.9 تقوم بتوجيه المرضى المتواجدين في مكان الانتظار لإبلاغها في حالة حدوث أي تغير في حالتهم.

5.1.10 يجب أن تكون مدربه على أساسيات الإنعاش القلبي الرئوي ويتم تجديد الشهادة كل عامين بناءا على مبادئ جمعية أطباء القلب السعودية.

6- <u>FORMS</u>:

6.1 Nurse triage form.

6.2 flowchart on pt. triage.

6- <u>النماذج</u>:

6.1نموذج التقييم التمريضي.

6.2 خريطة تدفق محطة تقييم المريض.

<u>7 - REFERRANCES</u>:

7.1 The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS).

7- <u>المراجع</u>:

7.1 الفرز ومقياس الأولوية لأقسام الطوارئ الكندي.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Emergency Services& Pharmacy Staff. جميع موظفي قسمي الطوارئ والصيدلية	Title: Crash Cart Checking& Restocking Policy & Procedures سياسة فحص وإعادة تجهيز عربة الطوارئ Page 1 of 4	
Department: ES	Policy Number: ED-IPP-002EA(2)	Replaces No.: ED-IPP-002EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE

1.1 To ensure a properly stocked emergency cart will be readily available with availability of all drugs and equipment necessary to initiate advanced life-support measures in the event of a life threatening emergency.

1- الغرض:

1.1 ضمان وجود عربة طوارئ مجهزة بشكل صحيح بحيث تكون متاحة بسهولة مع توفر جميع الأدوية والمعدات اللازمة للشروع في تدابير دعم الحياة المتقدمة في حالة حدوث طارئ يهدد الحياة.

2- DEFINITIONS

2.1 Crash Cart : A Set of trays on a wheeled cart that is used in emergency room and contain all basic drugs and equipment necessary to initiate advanced life-support measures.

2- التعريفات:

2.1 عربة الطوارئ: هي مجموعة من الأرفف على عربة بعجلات يتم استخدامها في غرفة الطوارئ وتحتوى على جميع الأدوية الأساسية والمعدات اللازمة للشروع في وسائل دعم الحياة المتقدمة.

3- POLICY

3.1 The policy of the health center is to have properly stocked and regularly checked Crash Cart to be ready for use in the event of a life threatening emergency.

3- السياسات:

3.1 سياسة المركز الصحي هي وجود عربة للطوارئ يتم تخزينها بصورة صحيحة وفحصها دوريا لتكون جاهزة للاستخدام في حالة حدوث طارئ يهدد الحياة.

4- PROCEDURES

4.1 The drawers of the crash cart are clearly labeled and arranged from top to bottom in the following order: medications, airway& breathing, circulation, IV solution and tubing, and Special procedures.

4.2 The crash cart is equipped with a numbered lock and kept locked in an accessible place when not in use,

4.2.1 The lock number is controlled by pharmacy and will be recorded in the crash cart checklist and signed by the emergency room nurse and the pharmacy staff.

4.3 The crash cart will be checked by the emergency room nurse for the following:

4.3.1 Checking the integrity of the lock and lock number of the cart daily and recording this in the crash cart checklist.

4.3.2 If the lock is not intact, the emergency room nurse will be responsible for:

4.3.2.1 Notify and writes an incident report.

4.3.2.2 Checking the cart and notifying the Pharmacy to restock and replace any missing supplies.

4.3.3 Inspecting The cart **daily** for the external contents and documenting this with signature in the crash cart

4- الإجراءات:

4.1 يجب أن يتم تمييز أدراج عربة الطوارئ بعلامات واضحة للتعرف على مكوناتها ويتم ترتيبها من الدرج الأعلى إلى الأسفل بالترتيب التالي: الأدوية، لوازم مجرى الهواء والتنفس، لوازم الدورة الدموية، المحاليل الوريدية ولوازم للإجراءات الخاصة.

4.2 عربة الطوارئ تكون مجهزة بقفل مرقم وتحفظ مقفولة في حالة عدم استخدامها في مكان سهل الوصول إليه،

4.2.1 يتم التحكم في رقم القفل بواسطة الصيدلي ويسجل ذلك الرقم في قائمة التحقق من مكونات عربة الطوارئ ويوقع عليه كلاً من ممرضة غرفة الطوارئ والصيدلي.

4.3 يتم فحص عربة الطوارئ بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ التي تكون مسئولة عما يلي:

4.3.1 التحقق من سلامة القفل ورقم القفل الخاص بعربة الطوارئ يوميا وتسجيل ذلك في قائمة التحقق من عربة الطوارئ.

4.3.2 في حالة إذا ما كان القفل غير سليم تقوم ممرضة غرفة الطوارئ بما يلي:

4.3.2.1 الإبلاغ عن وقوع حادث وكتابة نموذج تبليغ عن حادث.

Applied to: Emergency Services& Pharmacy Staff. جميع موظفي قسمي الطوارئ والصيدلية	Title: Crash Cart Checking& Restocking Policy & Procedures سياسة فحص وإعادة تجهيز عربة الطوارئ Page 2 of 4	
Department: ES	Policy Number: ED-IPP-002EA(2)	Replaces No.: ED-IPP-002EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

checklist and this includes:

4.3.3.1 The defibrillator and the portable monitor will be checked for performance on both battery and electrical current, with the defibrillator plugged in and unplugged to check the battery integrity.

4.3.3.2 The defibrillator must remain plugged into an electrical outlet at all times, except during battery testing.

4.3.3.3 Oxygen cylinders are replaced when the tank has < 500 psi.

4.3.3.4 Inspecting the presence of: the portable suction apparatus with connecting tubing, Ambu bag, multi-function cable, multifunction pads (pediatric and adult), ECG electrodes, defibrillation gel, monitor paper, blood pressure cuff, SpO2 probe, sharps container, cardiac board

4.3.3.5 Inspecting the presence of the following forms: CPR records, emergency Crash Cart Checklist, List of cart components, and List of the crash cart medication list.

4.3.4 Laryngoscopes will be checked prior to placement on the cart and monthly.

4.3.5 Emergency room nurse shall report any non-functional or mal-functional equipment to the maintenance department **immediately**

4.4 The cart will be opened and checked by the emergency room nurse with the Pharmacy staff or their contents once **monthly** and following each use:

4.4.1 Sterile items will be checked for package integrity and expiration date.

4.4.2 Items with expiration dates expiring within the month will be replaced.

4.4.3 The medication drawer will not be opened if it is sealed and intact.

4.5 Defibrillator must be checked by maintenance department regularly, or as necessary.

4.6 The Pharmacy staff will be responsible for maintaining the medication on the crash carts:

4.6.1 The expiratory date of the medications will be documented on the front lid of the drawer and in the crash cart medications list.

4.6.2 Pharmacy places a copy of the Emergency Drug Guidelines in the Medication Drawer during stocking.

4.7 After opening or using the emergency cart, it must be:

4.7.1 Pharmacy will be called by emergency room Nurse to replace the medication drawer with a new sealed drawer.

4.3.2.2 فحص عربة الطوارئ وإبلاغ الصيدلي لاستكمال أي لوازم مفقودة.

4.3.3 تقوم بفحص عربة الطوارئ **يوميا** عن المكونات الخارجية وتسجيل ذلك والتوقيع عليه في قائمة التحقق من عربة الطوارئ ويشمل ذلك الفحص:

4.3.3.1 فحص أداء جهاز الصدمات وجهاز مراقبة المريض المحمولة باستخدام التيار الكهربائي وباستخدام البطاريات حيث يتم فصل جهاز الصدمات عن التيار الكهربائي للتأكد من سلامة شحن البطاريات.

4.3.3.2 يجب أن يكون جهاز الصدمات متصلا بالتيار الكهربائي دائما ما عدا أثناء فحص البطارية.

4.3.3.3 يجب أن تستبدل اسطوانة الأكسجين عندما يكون مستوى الخزان أقل من 500 psi.

4.3.3.4 التأكد من وجود: جهاز الشفط المحمول مع التأكد من توصيل أنابيبه، أنبوباك، كابل متعدد الوظائف، وسادات إزالة الرجفان الكهربائي متعددة الوظائف، أقطاب كهربائية لتخطيط القلب، جل لجهاز إزالة الصدمات، أوراق لجهاز مراقبة المريض، جهاز قياس نسبة الأكسجين بالدم، كفة لقياس ضغط الدم، حاوية للنفايات الحادة ولوح صلب (لعمل الضغطات الصدرية).

4.3.3.5 التأكد من وجود النماذج التالية: نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي، قائمة التحقق من عربة الطوارئ، قائمة بمكونات عربة الطوارئ، قائمة بأدوية عربة الطوارئ.

4.3.4 يجب أن يتم فحص منظار الحنجرة قبل وضعه في العربة وبعد ذلك شهريا.

4.3.5 يجب على ممرضة غرفة الطوارئ الإبلاغ عن أي معدات لا تعمل أو لا تعمل بكفاءة إلى قسم الصيانة فورا.

4.4 يجب أن يتم فتح عربة الطوارئ لفحص مكوناتها بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ وموظف الصيدلية مرة **شهريا** وبعد كل استخدام:

4.4.1 يجب أن يتم فحص المواد المعقمة على سلامة التغليف وتاريخ انتهاء الصلاحية.

4.4.2 يجب استبدال العناصر التي ينتهي تاريخ صلاحيتها في غضون شهر.

4.4.3 لا يجب فتح درج الأدوية إذا كان محكم الغلق وسليم.

4.5 يجب أن يتم فحص **جهاز الصدمات** بواسطة قسم الصيانة دوريا أو حسب الضرورة.

4.6 يجب أن يكون الصيدلي مسئولا عن المحافظة على الأدوية في عربة الطوارئ:

4.6.1 يجب تسجيل تاريخ انتهاء صلاحية الأدوية على الغطاء الأمامي للدرج وفي قائمة أدوية عربة الطوارئ.

4.7.2 The used medication drawer will be returned by emergency room nurse to Pharmacy at this time.

4.7.3 Pharmacy will provide the medication drawer restocked and sealed.

4.7.4 Once all items have been replaced, the cart will be locked with a new numbered lock by pharmacy. The new lock number will be recorded on the crash cart checklist.

4.8 All medical staff must be oriented about the contents of cart, function of equipment and emergency procedures.

4.6.2 يجب على الصيدلي وضع نسخة من المبادئ التوجيهية لأدوية الطوارئ داخل درج الأدوية أثناء التخزين.

4.7 يجب أن يتم بعد فتح أو استخدام عربة الطوارئ:

4.7.1 استدعاء الصيدلي بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ لاستبدال درج الأدوية بآخر جديد محكم الغلق.

4.7.2 يجب إعادة درج الأدوية المستخدم إلى الصيدلي بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ.

4.7.3 يجب أن يقوم الصيدلي بإعادة تخزين درج الأدوية وإحكام غلقه.

4.7.4 بمجرد استبدال كافة عناصر عربة الطوارئ، يجب أن يقوم الصيدلي بإغلاقها برقم جديد، ويسجل ذلك الرقم في قائمة التحقق من مكونات عربة الطوارئ.

4.8 يجب أن يتم تعريف جميع أفراد الطاقم الطبي على مكونات عربة الطوارئ, ووظائف المعدات وإجراءات الطوارئ.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 Emergency room nurse shall be responsible for:

5.1.1 Checking contents of crash cart every day.

5.1.2 Notifying pharmacy after crash cart has been used and needs to be restocked.

5.1.3 Verifying contents of crash cart with Pharmacy personnel once a month.

5.1.4 Co-signing with the pharmacy on the crash cart medications sheet.

5.1.5 Returning medication to Pharmacy if expiry date is less than one month or seal is broken.

5.2 Pharmacy staff shall be responsible for:

5.2.1 Medication trays and numbered locks are controlled by pharmacy

5.2.2 Verifying contents of cart with the emergency room nurse once every month.

5.2.3 Restocking crash cart immediately on notification of need.

5.2.4 Co-signing with the emergency room nurse on the crash cart medications sheet.

5.2.5 Verifying the presence and expiration date of all drugs on the crash cart at least once every month.

5- المسئوليات:

5.1 ممرضة غرفة الطوارئ يجب أن تكون مسئولة عن:

5.1.1. فحص مكونات عربة الطوارئ يوميا.

5.1.2. إخطار الصيدلي بعد فتح عربة الطوارئ وذلك لإعادة تخزينها.

5.1.3. التحقق من مكونات عربة الطوارئ مع الصيدلي مرة شهريا.

5.1.4. التوقيع مع الصيدلي على السجل الخاص بأدوية عربة الطوارئ.

5.1.5. إعادة الأدوية إلى الصيدلي إذا كان تاريخ انتهاء الصلاحية أقل من شهر أو تم فتح القفل.

5.2 الصيدلي يجب أن يكون مسئول عن:

5.2.1. التحكم في درج الأدوية ورقم القفل يكون من مسئولية الصيدلي.

5.2.2. التحقق من مكونات عربة الطوارئ مع ممرضة غرفة الطوارئ مرة شهريا.

5.2.3. إعادة تخزين مكونات عربة الطوارئ فورا بمجرد إخطاره بالحاجة لذلك.

5.2.4. التوقيع مع ممرضة غرفة الطوارئ على السجل الخاص بأدوية عربة الطوارئ.

5.2.5. التحقق من وجود وتاريخ صلاحية جميع أدوية عربة الطوارئ مرة شهريا على الأقل.

6- **FORMS**:

6.1. Crash cart checklist,
6.2. Crash cart medication list.
6.3. CPR record form,
6.4. Crash cart medication & equipment list.

6- **النماذج**:

6.1.قائمة التحقق من عربة الطوارئ.
6.2.قائمة بأدوية عربة الطوارئ.
6.3.نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.
6.4.قائمة بأدوية ومعدات عربة الطوارئ.

7- **REFERRANCES**:

7.1. Crash Cart Checking Policies and Procedures, Al Iman General Hospital, ADM.01.044
7.2. Saudi/ American heart association

7- **المراجع**:

7.1.سياسة فحص عربة الطوارئ– مستشفى الإيمان العام.
ADM.01.044
7.2 جمعية القلب السعودية /الأمريكية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: ES	**Title: Emergency Physician** **طبيب الطوارئ**	Page **1** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: ED-JD-001EA(1)**

1.**Section or Unit**: **Emergency** Services

2. **Position Title**: **Emergency** Physician

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Technical supervisor.

3.2 Responsible for: None

4.**Job Summary**:

4.1. Provide immediate recognition for the emergency and critical cases and evaluation, taking the necessary decisions and actions and provision of emergency medical care to the patients in a proper and safe manner based on the therapeutic protocol for every emergency case to prevent death or any further disability.
4.2. Must be skilled in first aid measures.
4.3. The emergency physician must be subjected to be certified in (ACLS, ATLS and Air way management in emergency cases) and any courses related to the employee in the emergency field.
4.4. Required to be updated in his knowledge, skills and attitude.

5. **Job Responsibilities**:

5.1. Provide emergency medical care to the patient in a rapid timely manner respecting the priorities of the patient care and rapidly identify patients with urgent, life threatening conditions.
5.2. Stabilize the patients, gives first aid measures and necessary definitive treatment within the PHC's capabilities,
5.3. Evaluate the response of the patient to treatment and either referred to the hospital for further treatment not provided by the PHC or discharged home if improved.
5.4. Provide emergency care of the injuries, burns and fractures as well as medical emergency.

1- الوحدة: خدمات الطوارئ

2- مسمى الوظيفة: طبيب الطوارئ

3- العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: المساعد للشؤون الفنية.

3.2 مسئول عن: لا يوجد.

4- ملخص الوظيفة:

4.1. التعرف فورا على الحالات الاسعافية الطارئة والحرجة واتخاذ القرارات والإجراءات اللازمة وتقديم الرعاية الطبية الطارئة بطريقة سليمة وآمنة مستنداً على البروتوكول العلاجي لكل حالة طارئة لمنع حدوث الوفاة أو حدوث أي إعاقة أخرى.
4.2. يجب أن يكون ذو مهارة في وسائل الإسعافات الأولية.
4.3. إخضاع طبيب الطوارئ للحصول على دورات في (الإنعاش القلبي الرئوي المتقدم ودورة دعم الحياة في الإصابات ودورة معالجة مجرى الهواء في الحالات الاسعافية) وأي دورات تخص العاملين في مجال الطوارئ.
4.4. يجب أن يطور نفسه باستمرار في المعرفة والمهارات والسلوك.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1. تقديم الرعاية الطبية الطارئة للمريض بطريقة سريعة وفي التوقيت المناسب بصورة تحترم أوليات رعاية المرضى والتعرف سريعا على الحالات الطارئة والعاجلة.
5.2. عمل الإسعافات الأولية والعمل على استقرار حالة المريض وإعطاءه العلاج اللازم في حدود قدرات المركز الصحي.
5.3. تقييم مدى استجابة المريض للعلاج وعلى ضوء ذلك يتم تحويله إلى المستشفى لتلقى المزيد من العلاج الغير متوفر في المركز الصحي أو إخراجه للمنزل في حالة التحسن.
5.4. تقديم الرعاية الطبية الطارئة لحالات الإصابات والحروق والكسور إضافة إلى الحالات الطبية الطارئة.
5.5. مرافقة الحالات الطارئة المحولة إلى المستشفى في سيارة الإسعاف عند الضرورة.
5.6. المحافظة على سرية ملفات المرضى.

5.5. Escort the referred emergent patients to the hospital in the ambulance if needed.

5.6. Maintain confidentiality of patient's records.

5.7. Supervise the emergency room nurse and emergency medical *technician* work and help in problem solving and managing of difficult patient.

5.8. Must maintain knowledge of and compliance with laws and regulation that affect the practice of emergency medicine.

5.9. Knowledge of the policies and protocols related to the approved treatment plans for some diseases (e.g. Bronchial Asthma, DM and HTN).

5.10. Full compliance with the protocol related to transfer the cases.

5.11. Knowledge of the disaster cases and how to deal with it.

5.12. Ensures the performance of the required investigations for the patient and review it.

5.13. Work in a spirit of partnership with the medical team at the health center to provide the necessary emergency medical care.

5.14. Performs the required medical reports for the patients.

6. **Required Qualifications**:

6.1. Must be a graduate of accredited College of Medicine.

6.2. Must pass the license examination given by the Saudi council of health specialties.

7. **Minimum Skills**:

7.1. Must be certified in BCLS (Basic Cardiac Life Support certificate) and (preferably ACLS and ATLS) on a two (2) year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

7.2. Preferred to have a trained course on the work in emergency departments.

8. **Professional Experience**:

8.1. Must have at least one year working experience as a physician in the emergency field.

5.7. الإشراف على عمل ممرضة الطوارئ وفني الخدمات الطبية الطارئة والمساعدة في حل المشكلات والتعامل مع المريض الصعب.

5.8. يجب معرفة اللوائح والقوانين ذات العلاقة بممارسة طب الطوارئ والامتثال لها.

5.9. الإلمام بالسياسات والبروتوكولات الخاصة بخطط العلاج المعتمدة لبعض الأمراض (مثل الربو وداء السكري وضغط الدم).

5.10. التقيد التام بالبروتوكول الخاص بنقل الحالات المرضية.

5.11. الإلمام بحالات الكوارث وكيفية التعامل معها.

5.12. التأكد من انجاز الفحوصات المطلوبة للمريض ومعاينتها.

5.13. يعمل بروح المشاركة مع الفريق الطبي في المركز الصحي لتقديم الرعاية الطبية الاسعافية اللازمة.

5.14. إعداد التقارير الطبية اللازمة للمرضى.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1. يجب أن يكون حاصل على شهادة بكالوريوس الطب على الأقل من جامعة معتمدة.

6.2. يجب اجتياز امتحان التصنيف الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1. يجب أن يكون حاصل على دورة الإنعاش القلبي الرئوي سارية المفعول (ويفضل الحصول على دورة الإنعاش القلبي المتقدم والدورة المتقدمة لدعم الحياة في الإصابات).

7.2. يفضل أن يحصل على دورات تدريبية على العمل في أقسام الطوارئ.

8- الخبرات المطلوبة:

8.1. يجب أن يكون لديه خبرة عام على الأقل في العمل كطبيب في مجال الطوارئ.

Department: ES	Title: Emergency Physician طبيب الطوارئ	Page 3 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: ED-JD-001EA(1)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Applied to: All ED medical staff جميع أفراد الطوارئ بالمركز	**Title: Follow up of patients in emergency room** متابعة مرضى غرفة الطوارئ	**Page 1 of 3**
Department: ES	**Policy Number: ED-IPP-003EA(2)**	**Replaces No.: ED-IPP-003EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 For appropriate following up and provision of long term and continuing care to the patients who are receiving emergency medical care in the center.

2- DEFINITIONS:

2.1 Emergency medical care: The care provided for the patients with acute illnesses or injuries which require immediate medical attention to provide acute interventions to stabilize the patient.

2.2 Emergency medical case: The medical case with sufficient severity such that the absence of immediate medical attention could place the individual's health at risk.

3- POLICY:

3.1 All the patients who receiving emergency medical care in the center must have a follow-up date to reassess their conditions and for continuing care.

3.2 The follow-up date is decided by the emergency physician according to the patient's condition and needs.

3.3 The patient will not have followed up in the emergency room, as the emergency services provide only acute interventions to stabilize the patient, While the long-term care is provided in:

3.3.1 The different clinics of the center.

3.3.2 The hospital OPD if the patient is referred to the hospital.

3.4 The patient will be advised to return back immediately if he does not improved or his condition deteriorated.

4- PROCEDURES:

4.1 In the emergency room, the emergency physician will assess the patient and will

1- الغرض:

1.1 هو المتابعة الملائمة وتوفير رعاية طبية مستمرة على المدى الطويل للمرضى الذين يتلقون الرعاية الطبية الطارئة بالمركز.

2- التعريفات:

2.1 الرعاية الطبية الطارئة: هي الرعاية المقدمة للمرضى ذوي الأمراض أو الإصابات الحادة والتي تتطلب انتباه طبي فوري لتقديم تدخلات سريعة للمحافظة على استقرار حالة المريض.

2.2 الحالة الطبية الطارئة : هي الحالة الطبية ذات الخطورة الكافية والتي قد يؤدي عدم الانتباه الطبي الفوري لها إلى وضع صحة المريض في خطر.

3- السياسات:

3.1 يجب أن يحصل جميع المرضى الذين يتلقون الرعاية الطبية الطارئة بالمركز على موعد للمتابعة وذلك لإعادة تقييم حالتهم وتوفير رعاية طبية مستمرة لهم.

3.2 يتم تحديد موعد المتابعة للمريض بواسطة طبيب الطوارئ تبعاً لحالة واحتياجات المريض.

3.3 لا تتم متابعة المريض في غرفة الطوارئ، حيث أن خدمات الطوارئ بالمركز تقدم فقط تدخلات سريعة للمحافظة على استقرار حالة المريض، بينما يتم تقديم الرعاية الطبية للمريض على المدى الطويل في:

3.3.1 عيادات المركز المختلفة.

3.3.2 العيادات الخارجية بالمستشفى في حالة تحويل المريض للمستشفى.

3.4 يجب أن يتم تقديم النصيحة للمريض بالعودة فوراً للطوارئ إذا لم تتحسن أو تدهورت حالته.

4- الإجراءات:

4.1 يجب على طبيب الطوارئ في غرفة الطوارئ أن يقيم حالة

provide the first aid measures and the necessary definitive treatment to stabilize the patient within the PHC's capabilities.

4.2 After stabilizing the patient, the emergency physician will evaluate the response of the patient to the treatment and either:

4.2.1 Refer the patient to the hospital for further treatment if the patient not improved or the treatment not available in the PHC, or:

4.2.2 Discharge the patient home with a plan of care and follow-up date in another clinic in the center if the patient improved.

4.3 If the patient is referred to the hospital, He will be followed up in that hospital, unless if he had referred by that hospital to follow up back in the center, (refer to referral manual).

4.4 If the patient is discharged home from the emergency room; He will be discharged with a plan of care including the follow-up date:

4.4.1 The follow-up date is decided by the emergency physician according to the patient's condition and needs.

4.4.2 The plan of care and the follow-up date must be documented by the emergency physician in the patient's health record.

4.4.3 The plan of care must include instructions to the patient about the conditions in which he will need to seek medical assistance immediately without waiting for the follow-up date.

4.5 After the patient had given a follow-up date, He must book an appointment in the clinic, who will be referred to, from the staff nurse responsible for that clinic, (refer to appointment system in general

المريض ويقوم بعمل الإسعافات الأولية له وإعطاءه العلاج اللازم في حدود قدرات المركز الصحي وذلك للمحافظة على استقرار حالة المريض.

4.2 يقوم طبيب الطوارئ بعد تحقيق استقرار حالة المريض بإعادة تقييم مدى استجابة المريض للعلاج وعلى ضوء ذلك إما:

4.2.1 يتم تحويل المريض إلى المستشفى لتلقى المزيد من العلاج في حالة عدم تحسن حالة المريض أو عدم توفر العلاج في المركز الصحي، أو:

4.2.2 إخراج المريض للمنزل في حالة تحسن حالته مصحوباً بخطة للعلاج وموعد لمتابعة حالته في عيادة أخرى بالمركز.

4.3 في حالة تحويل المريض للمستشفى، يجب متابعة حالة المريض في المستشفى ما لم يتم تحويلة من المستشفى للمتابعة مرة أخرى بالمركز الصحي (أنظر دليل الإحالة).

4.4 في حالة إخراج المريض من غرفة الطوارئ للمنزل، يجب أن يتم إخراجه مصحوباً بخطة للعلاج وموعد لمتابعة حالته:

4.4.1 يتم تحديد موعد المتابعة بواسطة طبيب الطوارئ تبعاً لحالة المريض واحتياجاته.

4.4.2 يجب توثيق خطة العلاج وموعد المتابعة للمريض في سجل المريض الصحي بواسطة طبيب الطوارئ.

4.4.3 يجب ان تشمل خطة العلاج تعليمات للمريض عن الحالات التي يجب أن يلجأ فيها للمساعدة الطبية فوراً بدون الانتظار لموعد المتابعة.

4.5 بعد اعطاء المريض موعد للمتابعة، يجب على المريض أن يقوم بحجز موعد في العيادة المحول اليها من الممرضة المسئولة عن تلك العيادة، (أنظر نظام حجز المواعيد في دليل العيادة العامة).

4.6 يجب على طبيب الطوارئ أن يقوم بتثقيف المريض قبل خروجه عن الحالات التي يجب أن يلجأ فيها المريض لطلب المساعدة الطبية فوراً.

clinic manual).

4.6 The emergency physician must educate the patient before discharge about the conditions in which he will need to seek medical assistance immediately.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 It is the responsibility of the emergency physician who treat the patient to decide the follow-up date for the patient and must documents this date in the patient's health record.

5.2 The staff nurses in each clinic are the responsible for booking appointment in the clinic for the patient.

5- المسئوليات:

5.1 طبيب الطوارئ الذي قام بمعالجة المريض هو المسئول عن تحديد موعد متابعة المريض ويجب أن يسجل ذلك الموعد في سجل المريض الصحي.

5.2 الممرضة المسئولة عن كل عيادة بالمركز هي المسئولية عن حجز موعد للمريض للمراجعة بتلك العيادة.

6- FORMS:

6.1. Health records forms.

6- النماذج:

6.1. نماذج السجل الصحي.

7- REFERRANCES:

7.1. CBAHI standards.

7- المراجع:

7.1. معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: ES	Title: Emergency medical technician الوصف الوظيفي لفني الخدمات الطبية الطارئة	
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: ED-JD-003EA(2)

1.**Section or Unit**: Emergency Services.

2. **Position Title**: Emergency medical technician.

3. **Organizational Relationship**:

3.1**Reports to:** Technical supervisor.

3.2**Responsible for:** None

4. **Job Summary**:

4.1. Respond to emergency calls to provide efficient and immediate care to the critically ill and injured patients, and to transport the patient to the most suitable medical facility.

5. **Job Responsibilities**:

5.1. Working as member of emergency medical team: Responds to instructions from emergency medical dispatcher and drives specially equipped emergency vehicle to specified location.

5.2. Administers first-aid treatment to and transports sick or injured persons to medical facility.

5.3. Monitors communication equipment to maintain contact with dispatcher.

5.4. Removes or assists in removal of victims from scene of accident or catastrophe.

5.5. Determines nature and extent of illness or injury, or magnitude of catastrophe, to establish first aid procedures to be followed or need for additional assistance, basing decisions on statements of persons involved, examination of victim/s, and knowledge of emergency medical practice.

5.6. Administers prescribed first-aid treatment at site of emergency, or in specially equipped vehicle, performing such activities as application of splints, administration of oxygen or intravenous injections, treatment of minor wounds or abrasions, or administration of artificial resuscitation.

5.7. Communicates with professional medical personnel at emergency treatment facility to obtain instructions regarding further treatment and to arrange for reception of victims at treatment facility.

5.8. Assists in removal of victims from vehicle and transfer of victims to treatment center.

5.9. Assists treatment center personnel to obtain and record information related to victims' vital statistics and circumstances of emergency.

1- **الوحدة**: الخدمات الاسعافية

2- **مسمى الوظيفة**: فني الخدمات الطبية الطارئة.

3- **العلاقة التنظيمية**:

3.1 **مسئول أمام**: المساعد للشئون الفنية.

3.2 **مسئول عن**: لا يوجد.

4- **ملخص الوظيفة**:

4.1 يقوم بالاستجابة إلى مكالمات الطوارئ لتقديم العناية الفورية الفعالة لمرضى الحالات الحرجة والمرضى المصابين، ونقلهم إلى المنشأة الطبية الأنسب لهم.

5- **مسئوليات الوظيفة**:

5.1 يعمل كعضو في الفريق الطبي في حالات الطوارئ حيث يرد على التعليمات من الشخص المرسل من خدمات الطوارئ، ويقود سيارة مجهزة بتجهيزات خاصة إلى الموقع المحدد.

5.2 تقديم الإسعافات الأولية ونقل المرضى والمصابين إلى المنشأة الطبية.

5.3 يراقب أجهزة الاتصال للبقاء على اتصال دائم مع المرسل.

5.4 يزيل أو يساعد في إزالة الضحايا من موقع الحادث أو الكارثة.

5.5 يحدد طبيعة ومدى المرض أو الإصابة أو حجم الكارثة لوضع إجراءات الإسعافات الأولية الواجب إتباعها أو الحاجة إلى مساعدة إضافية مستنداً تلك القرارات بناءاً على تصريحات الأشخاص المعنيين وفحص الضحايا ومعرفة الممارسات الطبية في مجال الطوارئ.

5.6 يقوم بعمل الإسعافات الأولية في موقع الحادث الطارئ أو في عربة مجهزة خصيصاً لذلك مثل القيام بالأنشطة مثل عمل الجبائر أو إعطاء الأكسجين أو الحقن في الوريد أو علاج الجروح الطفيفة أو السجحات أو عمل التنفس الصناعي.

5.7 التواصل مع الطاقم الطبي في المنشأة الصحية التي تقدم الخدمات الطبية الطارئة للحصول على التعليمات بشأن المزيد من العلاج واتخاذ الترتيبات اللازمة لاستقبال الضحايا في المنشأة الصحية.

5.8 يساعد في إزالة الضحايا من السيارة ونقلهم إلى موقع العلاج.

5.9 يساعد الموظفين في المنشأة الصحية في الحصول على المعلومات المتعلقة بالإحصاءات الحيوية للضحايا وظروف الحادث الطارئ وتسجيل تلك المعلومات.

5.10 المحافظة على السيارات والمعدات الطبية ومعدات الاتصال في حالة جيدة وإعادة تزويد معدات وأدوات الإسعافات الأولية.

Department: ES	Title: Emergency medical technician الوصف الوظيفي لفني الخدمات الطبية الطارئة	Page 2 of 2
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: ED-JD-003EA(2)

5.10. Maintains vehicles and medical and communication equipment and replenishes first-aid equipment and supplies.

5.11. May assist in controlling crowds, protecting valuables, or performing other duties at scene of catastrophe.

5.12. May assist professional medical personnel in emergency treatment administered at medical facility.

6. **Required Qualifications**:

6.1. Must have a diploma in the emergency medical services.

5.11. يساعد في السيطرة على الزحام وحماية الأشياء الثمينة أو أداء المهام الأخرى في مسرح الكارثة.

5.12. يمكن أن يساعد العاملين في المجال الطبي في تقديم العلاج الطبي الطارئ في المنشأة الصحية.

6- **المؤهلات المطلوبة:**

6.1 يجب أن يكون حاصل على شهادة دبلوم الخدمات الطبية الطارئة.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Department: ES	Title: Emergency room Nurse ممرضة غرفة الطوارئ	Page 1 of 4
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: ED-JD-002EA(2)

1.**Section or Unit**: **Emergency** Services

2. **Position Title**: **Emergency** room Nurse

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Nursing supervisor

3.2 Responsible for: NA

4.**Job Summary**:

4.1. Provide nursing care and first aid to the patients in a rapid timely manner respecting the priorities of the patient care.

4.2. Must be skilled in first aid measures.

4.3. Required to be trained and updated in CPR procedures (BCLS- Basic Cardiac Life Support certificate) on a two (2) year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association and preferred to have ATLS certificate.

4.4. Required to be subjected in the courses related to the employee in the emergency departments to raise her knowledge, skills and attitude.

4.5. Maintain a good professional relation with patient's relatives as well as informing them of any changes in patient's condition.

5. **Job Responsibilities**:

5.1. Provide for nursing care to the patients and rapidly identify patients with urgent, life threatening conditions.

5.2. Carry out therapeutic nursing procedures delegated by the physician and monitor patient's condition.

5.3. Take and record vital signs and note changes in patient's condition.

5.4. Proper care of the injuries, burns, fractures and dressing for all wounds.

1- الوحدة: الخدمات الاسعافية

2- مسمى الوظيفة: ممرضة غرفة الطوارئ

3- العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: مشرفة التمريض.

3.2 مسئول عن: لا يوجد.

4- ملخص الوظيفة:

4.1. تقديم الرعاية التمريضية والإسعافات الأولية للمرضى بطريقة سريعة وفي التوقيت المناسب بصورة تحترم أولويات رعاية المرضى.

4.2. يجب أن تكون ذو مهارة في وسائل الإسعافات الأولية.

4.3. يجب أن تكون مدربة على إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي (حاصلة على دورة الإنعاش القلبي الرئوي وتكون سارية المفعول)، ويفضل الحصول على دورة الدعم الأساسي للحياة في حالة الإصابات.

4.4. إخضاعها للدورات الخاصة بالعاملين في أقسام الطوارئ لرفع مهارتها المعرفية والسلوكية.

4.5. الحفاظ على علاقة طيبة مع أقارب المريض وتقوم باطلاعهم على أي تغير في حالته.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1. تقديم الرعاية التمريضية للمرضى والتعرف سريعاً على الحالات الطارئة والعاجلة.

5.2. تنفيذ الإجراءات العلاجية التي يفوضها بها الطبيب ومراقبة حالة المريض.

5.3. أخذ وتسجيل العلامات الحيوية للمريض وملاحظة أي تغير في حالته.

5.4. العناية المناسبة للإصابات والحروق والكسور وتضميد جميع أنواع الجروح.

5.5. إعطاء الحقن الموصوفة وجميع أشكال العلاجات المقررة من الطبيب.

5.5. Administer injections prescribed as well as other forms of treatment ordered by the physician.

5.6. Setting up of intravenous infusion and maintain an accurate record of fluids administered to patient as prescribed by the physician.

5.7. Collect samples as requested by the physician for laboratory investigations.

5.8. Maintain confidentiality of patient's records.

5.9. Escort the referred emergent patients to the hospital in the ambulance.

5.10. Demonstrate an awareness of fire hazards and the necessary precautions to be taken in the event of fire.

5.11. Demonstrate an awareness of the socio-cultural factors involved in nursing practices.

5.12. Evaluate care given to see if this has been effective or not and take the necessary corrective action.

5.13. Checking the contents of crash cart every day and document this in the crash cart checklist, and Verifying contents of crash cart with Pharmacy personnel once a month.

5.14. Checking on the oxygen cylinder, defibrillator, suction apparatus, emergency medical bag and all other equipments and instruments daily making sure they are in good working order.

5.15. Checking the availability and the expiratory date of the emergency drugs and instruments and restocking the deficient items from the pharmacy.

5.16. Checking the essential ambulance equipments daily including oxygen supply, spinal board, suction equipments and intubation set.

5.17. Responsible for maintaining the emergency room clean and protect the

5.6. تركيب المحاليل الوريدية والتسجيل الدقيق للمحاليل المقدمة للمريض بناءًا على وصف الطبيب.

5.7. جمع عينات الدم لإجراء الفحوصات المخبرية بناءًا على طلب الطبيب.

5.8. المحافظة على سرية ملفات المرضى.

5.9. مرافقة الحالات الطارئة المحولة إلى المستشفى في سيارة الإسعاف.

5.10. تكون على دراية بمخاطر الحريق والاحتياطات الواجب اتخاذها في حالة حدوث حريق.

5.11. تكون على دراية بالعوامل الثقافية والاجتماعية المتداخلة في العمل التمريضي.

5.12. تقييم الرعاية المقدمة لمعرفة إذا ما كانت فعالة أم لا، واتخاذ الإجراءات التصحيحية لذلك.

5.13. فحص مكونات عربة الطوارئ يومياً وتسجيل ذلك في قائمة التحقق من عربة الطوارئ، والتحقق من محتويات العربة شهرياً مع الصيدلي.

5.14. فحص اسطوانة الأكسجين وجهاز الصدمات وجهاز الشفط وحقيبة الطوارئ والمعدات والأدوات الأخرى يومياً لضمان أنها تعمل بحالة جيدة.

5.15. التحقق من توفر ومن انتهاء تاريخ الصلاحية الخاص بأدوية وآلات الطوارئ وإعادة تزويد العناصر الناقصة من الصيدلية.

5.16. فحص المكونات الأساسية لعربة الإسعاف يومياً شاملة إمدادات الأكسجين ولوح الفقرات ومعدات الشفط ومجموعة التنبيب.

5.17. مسئولة عن الحفاظ على غرفة الطوارئ نظيفة وحماية المريض من العدوى والحوادث حسب التدابير الخاصة بمكافحة العدوى.

5.18. مسئولة عن متابعة الصيانة الدورية الوقائية للمعدات في غرفة الطوارئ والاحتفاظ بسجل لذلك.

patient from infection and accident according to infection control measures.

5.18. Responsible for following up the periodic preventive maintenance of the equipments in the emergency room and keep a record for that.

5.19. Responsible for ensure proper waste collection, storage and disposable using infection control measures in a way that protect staff and environment.

5.20. Responsible for implication of the policies and procedures of the emergency services and keeping a copy of the manual of the emergency services available and updated in the emergency room.

5.21. Responsible for performing the monthly statistics and submit it to the nursing supervisor and keep a copy of it in the emergency room.

5.22. Notify and documentation of any incident report, sentinel report and Occurrence /Variance report.

5.23. Ensure availabilities of all forms and registries required in the emergency room.

5.24. Report to the nursing supervisor any immediate problems and difficulties that have been arisen during the course of her duties.

5.25. Perform additional duties as required.

6. **Required Qualifications:**

6.1. Must be a graduate of accredited Institute or College of Nursing.

6.2. Must pass the nursing license examination given by the Saudi council of health specialties.

7. **Minimum Skills:**

7.1. Must be certified in BCLS (Basic Cardiac Life Support certificate) on a two (2) year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

7.2. Must have a trained course in the emergency medicine field as (Ambulance checkup, ATLS and Airway management in the emergency cases).

5.19مسئولة عن التأكد من جمع النفايات وتخزينها والتخلص منها بصورة سليمة حسب التدابير الخاصة بمكافحة العدوى لحماية الموظفين والبيئة.

5.20مسئولة عن تطبيق سياسات وإجراءات الخاصة بخدمات الطوارئ والاحتفاظ بنسخة محدثة من دليل خدمات الطوارئ في غرفة الطوارئ.

5.21مسئولة عن عمل الإحصائيات الشهرية الخاصة بقسم الطوارئ وتقديمها لمشرفة التمريض مع الاحتفاظ بنسخة منها في غرفة الطوارئ.

5.22الإبلاغ عن أي حادث وتوثيق ذلك في نماذج التبليغ عن الحوادث والأحداث الجسيمة والأحداث العارضة وانحرافات الأداء.

5.23ضمان توفر كافة النماذج والسجلات المطلوبة في غرفة الطوارئ.

5.24 إبلاغ مشرفة التمريض عن أي مشاكل فورية وصعوبات قد تنشأ أثناء أداء عملها.

5.25 اضافة اي اعمال اخري والتي قد تطلب منها حسب الحاجة

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1 يجب أن تكون حاصلة على شهادة للتمريض من معهد أو كلية معتمدة (دبلوم أو بكالوريوس).

6.2 يجب اجتياز امتحان رخصة التمريض الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1 يجب أن تحصل على دورة الإنعاش القلبي الرئوي سارية المفعول.

7.2 يجب الحصول على دورات تدريبية في مجال طب الطوارئ مثل (فحص سيارة الإسعاف، الدعم الأساسي

7.3. Must have a trained course on the Infection control measures.

8. **Professional Experience:**

8.1. Must have at least 2-3 years working experience as staff nurse especially in the emergency medicine field.

للحياة في حالة الإصابات ومعالجة مجرى الهواء في الحالات الاسعافية).

7.3. يجب أن تحصل على دورات تدريبية على التدابير الخاصة بمكافحة العدوى.

8- الخبرات المطلوبة:

8.1. يجب أن يكون لديها خبرة من عامين لثلاثة أعوام على الأقل في العمل التمريضي وخاصة في مجال طب الطوارئ.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Department: ES	Title: Triage Nurse ممرضة الفرز	Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: ED-JD-004EA(2)

1.**Section or Unit**: **Emergency** Services

2. **Position Title**: **Triage** Nurse

3. **Organizational Relationship**:

3.1Reportsto: Nursing supervisor

3.2Responsiblefor: None

4.**Job Summary**:

4.1. Triages patients into priority groups in a rapid timely manner using appropriate guidelines and follow up the protocol related to the triage.
4.2. provides ongoing assessment of patients.
4.3. provides information to patients and families regarding services expected care and waiting times.
4.4. Must be skilled in first aid measures.
4.5. Required to be trained and updated in CPR procedures (BCLS- Basic Cardiac Life Support certificate) on a two (2) year basis, and preferred to get a course in the triage system.
4.6. Required to be updated in her knowledge, skills and attitude.

5. **Job Responsibilities**:

5.1. Should have rapid access or be in view of the registration and waiting areas at all times.
5.2. Performs brief visual assessments for all patients.
5.3. Triages patients into priority groups using appropriate guidelines.
5.4. Documents the assessment clearly in triage form with assigned triage level (signed and stamped).
5.5. Transports patient to Emergency Room when necessary and inform the physician about the patient.
5.6. Gives report to the treatment nurse or emergency physician, documents who report was given to and returns to the triage area.
5.7. Keeps patients/families aware of delays.
5.8. Reassesses waiting patients as necessary.

1- **الوحدة:** خدمات الطوارئ

2- **مسمى الوظيفة:** ممرضة الفرز

3- **العلاقة التنظيمية:**

3.1 مسئول أمام: مشرفة التمريض.

3.2 مسئول عن: لا يوجد.

4- **ملخص الوظيفة:**

4.1. تقوم بفرز المرضى وتحديد أولوياتهم بطريقة سريعة وفي التوقيت المناسب باستخدام المبادئ المناسبة والتقيد بالبروتوكول الخاص بالفرز.
4.2. تقوم بعمل تقييم مستمر للمرضى.
4.3. تقديم معلومات للمرضى وعائلاتهم بخصوص الخدمة المتوقع تقديمها لهم وأوقات الانتظار.
4.4. يجب أن تكون ذو مهارة في وسائل الإسعافات الأولية.
4.5. يجب أن تكون مدربة على إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي (حاصلة على دورة الإنعاش القلبي الرئوي وتكون سارية المفعول)، ويفضل الحصول على دورة في نظام الفرز.
4.6. يجب أن تطور نفسها باستمرار في المعرفة والمهارات والسلوك.

5- **مسئوليات الوظيفة:**

5.1. يجب أن تكون متواجدة في موقع يسمح لها برؤية الاستقبال وأماكن الانتظار في جميع الأوقات.
5.2. تقوم بعمل تقييم سريع بمجرد النظر لجميع المرضى.
5.3. تقوم بفرز المرضى وتحديد أولوياتهم باستخدام المبادئ المناسبة.
5.4. تسجيل التقييم ومستوى الفرز بوضوح في استمارة الفرز وتقوم بالتوقيع وختم الاستمارة.
5.5. نقل المريض إلى غرفة الطوارئ (عند الحاجة)، وتقوم بإبلاغ طبيب الطوارئ عن المريض.
5.6. تقوم بإعطاء تقرير شفوي عن حالة المريض إلى ممرضة الطوارئ أو الطبيب وتسجيل ذلك في استمارة الفرز وتعود مرة أخرى إلى غرفة الفرز.
5.7. تبقي المرضى وعائلاتهم على علم بأي تأخير يحدث.
5.8. تقوم بإعادة تقييم المرضى المنتظرين عند الضرورة.
5.9. تقوم بتوجيه المرضى المتواجدين في مكان الانتظار لإبلاغها في حالة حدوث أي تغير في حالتهم.
5.10. تقوم بأخذ العلامات الحيوية للمريض فقط إذا كان ذلك مطلوبا لتحديد فئات الفرز أو إذا سمح الوقت، غير ذلك

5.9. Instructs waiting patients to notify triage nurse of any change in condition.

5.10. Takes Vital signs of patients only if required for categorization or if time permits. Otherwise Vital signs are the responsibility of the treatment nurse.

5.11. Demonstrate an awareness of the socio-cultural factors involved in nursing practices.

5.12. Demonstrate an awareness of fire hazards and the necessary precautions to be taken in the event of fire.

5.13. Participation in the emergency plans.

5.14. Must be trained & updated on CPR procedures (BCLS- Basic Cardiac Life Support) on 2-year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

5.15. Maintain confidentiality of patient's records.

5.16. Ensure availabilities of all forms and registries required in the Triage room.

5.17. Notify and documentation of any incident report, sentinel report and Occurrence /Variance report.

5.18. Report to the nursing supervisor any immediate problems and difficulties that have been arisen during the course of her duties.

6. **Required Qualifications**:

6.1. Must be a graduate of accredited school or College of Nursing.

6.2. Must pass the nursing license examination given by the Saudi council of health specialties.

7. **Minimum Skills**:

7.1. Must be certified in BCLS (Basic Cardiac Life Support certificate) on a two (2) year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

7.2. Preferred to have a trained course in the emergency medicine field as (Triage system, ATLS and airway management in the emergency cases.

8. **Professional Experience**:

8.1. Must have at least 2-3 years working experience as staff nurse.

يكون قياس العلامات الحيوية من مسئولية ممرضة الطوارئ أو العيادة.

5.11. تكون على دراية بالعوامل الثقافية والاجتماعية المتداخلة في العمل التمريضي.

5.12. تكون على دراية بمخاطر الحريق والاحتياطات الواجب اتخاذها في حالة حدوث حريق.

5.13. المشاركة في خطط الطوارئ.

5.14. يجب أن تكون مدربه على أساسيات الإنعاش القلبي الرئوي ويتم تجديد الشهادة كل عامين بناءا على مبادئ جمعية أطباء القلب السعودية.

5.15. المحافظة على سرية ملفات المرضى.

5.16. ضمان توفر كافة النماذج والسجلات المطلوبة في غرفة الفرز.

5.17. الإبلاغ عن أي حادث وتوثيق ذلك مثل: نموذج تبليغ عن حادث، تقرير بحادث جسيم وتقرير إثبات حادثة.

5.18. إبلاغ مشرفة التمريض عن أي مشاكل فورية وصعوبات قد تنشأ أثناء أداء عملها.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1. يجب أن تكون حاصلة على شهادة للتمريض من مدرسة أو كلية معتمدة (دبلوم أو بكالوريوس).

6.2. يجب اجتياز امتحان رخصة التمريض الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1. يجب أن تكون حاصلة على دورة الإنعاش القلبي الرئوي سارية المفعول.

7.2. يفضل أن تحصل على دورات تدريبية في مجال طب الطوارئ مثل (نظام الفرز، الدعم الأساسي للحياة في حالة الإصابات والتعامل مع مجرى الهواء في الحالات الاسعافية).

8- الخبرات المطلوبة:

8.1. يجب أن يكون لديها خبرة من عامين لثلاثة أعوام على الأقل في العمل التمريضي.

Department: ES	Title: Triage Nurse ممرضة الفرز	Page 3 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: ED-JD-004EA(2)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Scope of Services	مجال الخدمات
Department/Service: **Emergency Services**	**القسم / الخدمة : خدمات الطوارئ**
Code Number: ED-SOS-003EA (1)	**الرقم الكودي:**
1. Unit Description	.1 **وصف الوحدة**
1.1. Working Days and Working hours:	**1.1 أيام وأوقات العمل**
1.1.1. The Emergency services in the health center are provided on 2 periods (from 8 AM to 4 PM) and from Sunday to Thursday. **1.1.2.** The Emergency services are provided by the shifts system, as every health sector will allocate one health center to be worked for 12 hours every week rotating with the other health centers in the sector. **1.1.3.** The health centers in the small and periphery provinces and abandonments are preferred to work all over the day (around 24 hours), as nothing else is available to provide the emergency medical services.	**1.1.1.**يتم تقديم خدمات الطوارئ بالمركز الصحي من الساعة الثامنة صباحا وحتى الساعة الرابعة عصرا من يوم الاحد وحتى يوم الخميس، بالإضافة للمراكز المناوبة **1.1.2.**يتم تقديم خدمات الطوارئ بنظام المناوبات، بحيث يخصص كل قطاع صحي مركز رعاية صحية يعمل لمدة 12 ساعة كل أسبوع بالتناوب مع المراكز الصحية الأخرى بالقطاع الصحي. **1.1.3.**المراكز الصحية التي بالمحافظات الصغيرة والطرفية والهجر فيفضل أن تعمل بنظام المناوبات على مدار الساعة (مدة 24 ساعة) حيث لا يوجد غيرها لتقديم الخدمات الطبية الطارئة.
1.2. Staffing Plan & Availability of staff	**1.2 خطة التوظيف وتوزيع العاملين**
1.2.1. The department provide its services through a medical team include: (Emergency physician, family physician or qualified general practitioner, a nurse and emergency medical technician) with the availability of radiology, laboratory and pharmacy services in the center.	**1.2.1** يتم تقديم خدمات الطوارئ في المركز من خلال طاقم طبي يشمل (طبيب طوارئ أو طبيب أسرة أو طبيب عام مؤهل, فني تمريض وفني خدمات طبية طارئة) مع توفي خدمات الأشعة والمختبر والصيدلية بالمركز.
2. Patient Population	.2 **الفئة المستهدفة**
2.1. According to the Royal order no. 8372/ M B on 27/10/1429 H, the center will receive all the emergency cases. **2.2.** The emergency room in the health centers in the small and periphery provinces and abandonments are preferred to equipped to receive the emergency and critical cases and provide the emergency services to it until it will be stabilized and referred to the nearest hospital.	**2.1** يستقبل المركز الصحي جميع الحالات الطارئة حسب المرسوم الملكي رقم 8372/ م ب وتاريخ 1429/10/27 هـ. **2.2** يفضل أن تجهز غرفة الطوارئ في المراكز الصحية بالمحافظات الطرفية والهجر لاستقبال الحالات الطارئة والحرجة وتقديم الخدمات الاسعافية لها لحين استقرارها وإحالتها إلى أقرب مستشفى.

3. Modalities used	3. الاجراءات المستخدمة
3.1. List the Diagnostic Modalities Used	**3.1 قائمة الإجراءات التشخيصية المستخدمة**
3.1.1. Hemodynamic and respiratory monitoring: **3.1.1.1.** Pulse oximetry. **3.1.1.2.** 12 lead ECG. **3.1.1.3.** Cardiac monitoring. **3.1.2.** Laboratory services: **3.1.2.1.** CBC **3.1.2.2.** Glucometer **3.1.2.3.** Urine dipstick **3.1.3.** X-RAY.	**3.1.1** مراقبة الدورة الدموية والتنفسية: **3.1.1.1** جهاز قياس نسبة تشبع الدم بالأكسجين. **3.1.1.2** جهاز تخطيط القلب. **3.1.1.3** جهاز مراقبة القلب. **3.1.2** خدمات المختبر: **3.1.2.1** صورة الدم. **3.1.2.2** جهاز فحص السكري. **3.1.2.3** شرائط تحليل البول. **3.1.3** الأشعة السينية.
3.2. List the Therapeutic / Procedural Modalities Used	**3.2 قائمة الإجراءات التشخيصية المستخدمة**
3.2.1 First aid measures with application of the therapeutic protocol for every case. **3.2.2** Provision of Basic and Advanced Cardiac Life Support. **3.2.3** Defibrillation. **3.2.4** Fluid replacement and resuscitation. **3.2.5** Pharmacological drugs. **3.2.6** Oxygen supply and Nebulizer therapy. **3.2.7** Pain management, Patient Controlled Analgesia. **3.2.8** Suturing of cut wounds. **3.2.9** Dressing of wounds and burns. **3.2.10** First aid management of sprains and fractures. **3.2.11** Control of bleeding.	**3.2.1** إجراءات الإسعافات الأولية مع تطبيق البروتوكول العلاجي لكل حالة. **3.2.2** تقديم دعم الحياة الأساسية و الإنعاش القلبي المتقدم. **3.2.3** إزالة الصدمات. **3.2.4** إعطاء السوائل الوريدية التعويضية والإنعاشية. **3.2.5** إعطاء الأدوية العلاجية. **3.2.6** إعطاء الأكسجين والعلاج بالبخار. **3.2.7** علاج الألم وإعطاء المسكنات. **3.2.8** خياطة الجروح القطعية. **3.2.9** الغيار على الجروح والحروق. **3.2.10** عمل الإسعافات الأولية للالتواءات والكسور. **3.2.11** التحكم في النزيف.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

مؤشرات الجودة لخدمات الطوارئ بالمركز الصحي
Quality Indicators in Emergency services

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة توفر أدوية الطوارئ في غرفة الطوارئ بالمركز الصحي / الشهر **Percentage of the availability of emergency drugs in the emergency room / month**	
يبين المؤشر نسبة توفر أدوية الطوارئ في غرفة الطوارئ بالمركز الصحي, حيث يتم عمل مراجعة دورية (شهرياً)عن مدى توفر تلكالأدوية. The indicator determines Percentage of availability of emergency drugs in the emergency room in the health center, as there will be periodic checking (monthly) on the availability of these drugs.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات البنية Structureindicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
الصيدلي Pharmacist	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
شهرياً Monthly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قائمة التحقق من أدوية الطوارئ بالمركز. Emergency drugs checklist registry	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم الصيدلي في نهاية كل شهر هجري بحساب عدد أدوية الطوارئ المتوفرة بدولاب الطوارئ في غرفة الطوارئ بالمركز ومقارنتها بقائمة أدوية الطوارئ المعتمدة بالمركز. At the end of the Hijri month, The pharmacist will calculate the number of the available emergency drugs in the emergency room in the center compared to the number of them in the emergency drugs list.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد أدوية الطوارئ المتوفرة بغرفة الـ ـز × 100 عدد أدوية الطوارئ المعتمدة بقائمة أدوية الطوارئ بالمركز No. of the available emergency drugs in the emergency ro ×100 No. of the emergency drugs in the approved emergency drug list	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف**

	The Target
لجنة الصيدلة والعلاجات - مشرف الجودة Pharmacy and therapeutic committee - Quality Coordinator	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة الصيدلة والعلاجات - مشرف الجودة Pharmacy and therapeutic committee chairman - Quality Coordinator	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
قائمة أدوية الطوارئ المعتمدة بدليل خدمات الطوارئ بالمركز قائمة الأدوية الأساسية للرعاية الصحية الأولية Approved emergency drugs list in the emergency services manual Essential Drug List For Primary Health Care 2011	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة الطوارئ بالمركز الصحي / كل 3 شهور **Percentage of the availability of essential supplies and equipment in the emergency room / 3 months**	
يبين المؤشر نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسيةفي غرفة الطوارئ بالمركز الصحي, حيث يتم عمل مراجعة دورية (كل 3 شهور) عن مدى توفر تلك التجهيزات والمعدات الأساسيةفي غرفة الطوارئ The indicator determines Percentage of availability of the essential supplies and equipment in the emergency room in the health center, as there will be periodic checking (every 3 months) on the availability of the essential supplies and equipment in the emergency room.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات البنية Structureindicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
ممرضة الطوارئ Emergency Nurse	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
كل 3 شهور Every 3 Months	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قائمة التجهيزات والمعدات الأساسيةبغرفة الطوارئ في المركز Essential supplies and equipment list registry in the emergency room	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
تقوم ممرضة الطوارئ في المركز الصحي كل ثلاثة شهور بحساب عدد التجهيزات والمعدات الأساسيةالمتوفرة في غرفة الطوارئ بالمركز ومقارنتها بقائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بالمركز. At the end of the Hijri month, The emergency nurse will calculate the number of the available essential supplies and equipment in the emergency room in the center to the number of them in the emergency supplies and equipment list.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة بغرفة الطوارة × 100 عدد التجهيزات والمعدات الأساسيةالمعتمدة بقائمة الطوارئ بالمركز ×100 No. of the available essential supplies& equipment in the emergency room No. of the essential supplies & equipment in the emergency services manual	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة استخدام الموارد - مشرف الجودة Utility utilization committee - Quality Coordinator	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**

رئيس لجنة استخدام الموارد- مشرف الجودة Utility utilization committee chairman - Quality Coordinator	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
قائمة التجهيزات والمعدات الأساسيةالمعتمدة بدليل خدمات الطوارئ بالمركز دليل الرعاية الصحية الأولية 1424 هـ معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية Approved essential supplies and equipment list in emergency services manual. Primary Health Care manual 1424 H. Standards of the central board of accreditation for health institutions.	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة اكتمال التوثيق في سجلات ونماذج غرفة الطوارئ بالمركز الصحي / الشهر **Percentage of completion of the registries and forms of the emergency room / month**	
- يبين المؤشر نسبة اكتمال التوثيق في سجلات ونماذج غرفة الطوارئ بالمركز الصحي, حيث يتم عمل مراجعة دورية (شهرياً) عن مدى اكتمال ذلك التوثيق. - سجلات ونماذج غرفة الطوارئ: سجل قسم الطوارئ - نموذج الطوارئ – نموذج الإحالة للحالات الطارئة. - The indicator determines the Percentage of completion of the registries and forms of the emergency roomin the health center, as there will be periodic checking (monthly) on the completion of these registries and forms. - The registries and forms of the emergency room: Emergency department registry, Emergency form, Referral form for emergency cases.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات Process indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المشرف الفني Medical director	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
شهرياً Monthly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قسم الطوارئ - نموذج الطوارئ – نموذج الإحالة للحالات الطارئة. Emergency department registry, Emergency form, Referral form for emergency cases.	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المشرف الفني في نهاية كل شهر هجري بأخذ عينة عشوائية (من سجل الطوارئ) من الحالات التي تم علاجها في غرفة الطوارئ بالمركز في الشهر السابق, حيث يقوم بمراجعة مدى اكتمال تسجيل البيانات المطلوبة عن كل حالة في سجلات ونماذج غرفة الطوارئ بالمركز (المذكورة سابقاً). At the end of the Hijri month, The Medical director will collect a random sample(from the emergency registry) from the patients who had received treatment in the emergency room in the center in the last month to check thePercentage of completion of the registries and forms of the emergency room.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد الحالات المكتمل تسجيل بياناتها في سجلات ونماذج غرفة الطوارئ 100 ×	**المعادلة الحسابية**

ـة العشوائية من الحالات ×100 No. of cases who had completed data in the registries and forms of the ER No. of the random sample of cases	**Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة الإدارة التنفيذيةـ مدير المركز Executive management committee –The center director	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
مدير المركز The center director	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
دليل الرعاية الصحية الأولية 1424 هـ دليل الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية 2005. Primary Health Care manual 1424 H. The quality control manual of the primary health care 2005.	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة اكتمال توثيق بيانات المرضى في السجلات الصحية للحالات الطارئة بالمركز الصحي / الشهر **Percentage of completion of the patient's data in the health records for the emergency cases / month**	
- يبين المؤشر نسبة اكتمال التوثيق في سجلات المرضى الصحية وذلك للحالات الطارئة التي راجعتغرفة الطوارئ في المركز الصحي, حيث يتم عمل مراجعة دورية (شهرياً) عن مدى اكتمال ذلك التوثيق. - The indicator determines the Percentage of completion of the health records of the emergency caseswho had received treatment in the emergency room, as there will be periodic checking (monthly) on the completion of these health records.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات Process indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المشرف الفني Medical director	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
شهرياً Monthly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل الطوارئ - سجلات المرضى الصحية. Emergency department registry, Health records.	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المشرف الفني في نهاية كل شهر هجري بأخذ عينة عشوائية (من سجل الطوارئ) من الحالات التي تم علاجها في غرفة الطوارئ بالمركز في الشهر السابق, حيث يقوم بمراجعة مدى اكتمال تسجيل بيانات المرضى في سجلات المرضى الصحية. At the end of the Hijri month, The Medical director will collect a random sample(from the emergency registry) from the patients who had received treatment in the emergency room in the center in the last month to check thePercentage of completion of the patient's Health records.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد الحالات الطارئة المكتمل تسجيل بياناتها في س × 100 ـــــــــــــــــــــــــــــ عدد العينة العشوائية من الحالات No. of emergent cases who had completed data in their Health records ـــــــــــــــــــــــــــــ No. of the random sample of cases	×100 **المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**

لجنة مراجعة السجلات الصحية– مشرف الجودة Health record reviewcommittee –Quality Coordinator	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة مراجعة السجلات الصحية – مشرف الجودة Health record review committee chairman – Quality Coordinator	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية. دليل الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية 2005. Standards of the central board of accreditation for health institutions. The quality control manual of the primary health care 2005.	**المراجع** **References**

QM.22. Resusitation of patients (cardiac/respiratory arrest)

Indicator Title : **Percentage of cases who have done CPR**	**عنوان المؤشر:** نسبة الحالات التي تم عمل انعاش قلبي لها
Type of Measure: Outcome	**نوع المؤشر:** مخرجات
How to measure the indicator:	**كيفية قياس المؤشر:**
Responsible: Medical supervisor.	**المسئول عن القياس :** المدير الفني.
Measurement Frequency: (Monthly)	**تكرارية القياس :** (شهريا)
Data Source: emergency record .	**مصدر البيانات:** سجل الطوارئ
Sample Size: 100% from total no. of cases who need CPR during the month	**حجم العينة:** جميع عدد الحالات التي تحتاج انعاش قلبي خلال تلك الفترة الزمنية.
How to collect data: Review emergency record and count no. of cases who have done CPR during the month.	**كيفية تجميع البيانات:** مراجعة سجل الطوارئ وتحديد عدد الحالات التي تم عمل انعاش قلبي لها خلال الشهر
How to analyze data: **count total no. of cases who are received in ER/ month.** **Count no. of cases who have done CPR during this month.**	**طريقة تحليل البيانات:** - حصر إجمالي عدد الحالات التي دخلت الطوارئ خلال الشهر - عدد الحالات التي تم عمل انعاش قلبي لها خلال الشهر
Equation : __no. of cases who have done sucessful CPR during month( ) / total no. of cases who have CPR during the same month	**المعادلة الحسابية :** عدد الحالات التي تم عمل انعاش قلبي لها خلال شهر ( ) بنجاح / إجمالي عدد الحالات التي تم عمل انعاش قلبي لها خلال شهر ( ) بنجاح × 100

Target: 100%	**المستهدف**: 100%



ENVIRONMENTAL AND OCCUPATIONAL HEALTH

In Primary Health Care

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبدالكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied To: EH staff All PHC staff جميع موظفي المركز	**Title** Employee health clinic عيادة صحة العاملين	Page **1** of **2**
Department: EH	**Policy Number:** : EH-IPP-004EA **(2)**	**Replaces No** EH-IPP-004EA **(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

PURPOSE

Ensuring the safety of workers from occupational hazards in work environment by establishing an employee clinic in each health sector serving all workers in health centers of that sector

الغرض:

ضمان سلامة العاملين من المخاطر المهنية في بيئة العمل من خلال إنشاء عيادة لصحة العاملين في كل قطاع صحي تخدم جميع العاملين في المراكز الصحية التابعة للقطاع

1- **The role of employee health clinic in the sector**:

1-1Responsible for the implementation and follow-up of occupational health program and activities in the health centers of the sector

1-2 Receive and maintain all occupational health reports

1-3 Complete primary and periodic examination of all staff working in health centers in that sector

1. دور عيادة صحة العاملين بالقطاع:

1.1. مسئوله عن تطبيق ومتابعة برنامج وانشطة الصحة المهنية في. المراكز الصحية التابعة للقطاع

1.2. تتلقى وتحتفظ جميع التقارير المتعلقة بالصحة المهنية

1.3. استكمال الفحص الابتدائي والدوري لجميع الموظفين العاملين في المراكز الصحية

2-Training:

2-1 All health care workers in health centers within the sector are trained in occupational health and safety

2-2 concerned personnel are trained to report occupational diseases and injuries

2. التدريب:

2.1.1. جميع الكوادر الصحية في المراكز الصحية التابعة لعيادة صحة العاملين بالقطاع يتلقوا التدريب عن اسس الصحة والسلامة المهنية

2.2. يتم تدريب الموظفين المعنين على التبليغ عن الاصابات والامراض المهنية

3- Forms:

3- النماذج:

3.1 نموذج التبليغ عن الإصابة المهنية

Applied To: EH staff All PHC staff جميع موظفي المركز	**Title** Employee health clinic عيادة صحة العاملين	Page **2** of **2**
Department: EH	**Policy Number:** : EH-IPP-004EA **(2)**	**Replaces No** EH-IPP-004EA **(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

3-1 reporting form of occupational injury

3-2 reporting form of occupational disease

3-3 Medical file form for employees

3.2نموذج التبليغ عن المرض المهني

3.3نموذج الملفات الطبية للعاملين

.

REFERENCES:

General directorate of EH guideline

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: جميع موظفي المركز والعاملين في برنامج النفايات الطبية	Title Medical waste Program برنامج النفايات الطبية	Page 1 of 3
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-001EA (2)	Replaces No EH-IPP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

PURPOSE

To ensure the safe disposal of medical waste in the health center and the protection of workers, patients and the environment from the medical waste hazards.

1. **Role of epidemiology inspector:**

1.1. Responsible for applying and following up the medical waste program in the center

1.2. Receives and submits all reports relating to medical waste

1.3. Taking corrective action when needed.

1.4. Responsible for the implementation of policies and procedures for dealing with medical waste, as follows:

1.4.1. Non-hazardous health care waste is collected in black bags and treated completely separately from hazardous health care waste at all stages.

1.4.2. Infectious medical waste is collected in plastic bags marked in yellow and marked with the logo of hazardous waste and complying with specifications.

1.4.3. The sharps are collected in thick yellow containers that are resistant to puncture and leakage, showing the term "acute waste" and "hazardous waste" logo

1.4.4. Liquid chemical waste is collected in tightly sealed yellow containers with leakage indicating chemical waste

1.4.5.. Waste of solid chemical waste is collected in yellow plastic bags and labeled "Chemical Waste" - Medicines. And the Hazardous Wastes logo

الغرض:

لضمان التخلص الآمن من النفايات الطبية في المركز الصحي وحماية العاملين والمرضى والبيئة من مخاطر النفايات الطبية

1. **دور مراقب الوبائيات:**

1.1. مسئول عن تطبيق ومتابعة برنامج النفايات الطبية في المركز الصحي

1.2. يتلقى ويعد ويرسل جميع التقارير المتعلقة بالنفايات الطبية

1.3. تنفيذ الإجراءات التصحيحية عند الضرورة.

1.4. مسئول عن تنفيذ السياسات والإجراءات الخاصة بالتعامل مع النفايات الطبية وهي كالتالي: -

1.4.1. نفايات الرعاية الصحية غير الخطرة تجمع في أكياس سوداء ويتم التعامل معها بصورة منفصلة تمامًا عن نفايات الرعاية الصحية الخطرة في كافة المراحل

1.4.2. تجمع النفايات الطبية المعدية في أكياس بلاستيكية مميزة باللون الأصفر ومبين عليها شعار النفايات الحيوية الخطرة ومطابقة للمواصفات.

1.4.3. تجمع نفايات الأدوات الحادة في حاويات سميكة صفراء مقاومة للثقب والتسرب، ومبين عليها عبارة نفايات حادة وشعار النفايات الحيوية الخطرة

1.4.4. تجمع نفايات المواد الكيماوية السائلة في عبوات صفراء محكمة القفل سميكة مقاومة للتسرب، ويبين عليها عبارة نفايات كيماوية

1.4.5. نفايات المواد الكيماوية الصلبة تجمع في أكياس بلاستيكية صفراء ومبين عليها عبارة نفايات كيماوية – أدوية. وشعار النفايات الحيوية الخطرة

1.4.6. الأدوية والمواد المنتهية الصلاحية تعاد إلى قسم الصيدلة للتخلص منها بالطرق المناسبة

1.4.7. بقايا الأدوية والمواد الصيدلانية المحتمل تلوثها يتم التخلص منها بوضعها داخل حاويات مقاومة للتسرب، ثم في أكياس بلاستيكية مميزة باللون الأصفر وعليها شعار أدوية وعقاقير ونفايات حيوية خطرة

1.4.8. تجمع الأجزاء وبقايا الأعضاء البشرية في أكياس بلاستيكية حمراء اللون ويبين عليها شعار النفايات الحيوية الخطرة وتحفظ في الثلاجة

Applied to: جميع موظفي المركز والعاملين في برنامج النفايات الطبية	Title Medical waste Program برنامج النفايات الطبية	Page 2 of 3
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-001EA (2)	Replaces No EH-IPP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1.4.6. Drugs and expired materials are returned to the pharmacy department for appropriate disposal

1.4.7. Remnants of potentially contaminated medicines and pharmaceuticals are disposed of in leak-proof containers, and in yellow plastic bags with a logo

1.4.8. The parts and the remains of human organs are collected in red plastic bags showing the logo of the hazardous biological waste and kept in the refrigerator

1.4.9. Stickers are placed on containers and waste bags before being transported to the storage site inside the center. The labels contain the required information

1.4.10. Trolleys are used to transport waste inside the center

1.4.11. Adequate trained manpower is available to ensure maximum safety during collection and transportation within the center

1.4.12. Prior to the collection and transport of dangerous health-care waste bags and containers, they must be securely locked and checked to ensure that they carry the waste data card in them.

1.4.13. All bags of waste fill for more than three quarters of its size and not pressed or compressed, and does not include the body and does not hold from the bottom when carrying

1.4.14. Cleaning and washing of trolleys for the collection and transport of hazardous health-care waste, and is cleaned daily by trained workers and under the supervision of the Health Care Waste Officer

1.4.15. in the event of a scattering or leakage of hazardous health-care waste, immediate

1.4.9. يتم وضع بطاقات لاصقة على حاويات وأكياس النفايات قبل نقلها إلى موقع التخزين داخل المركز وتحتوي الملصقات على المعلومات المطلوبة

1.4.10. تستخدم عربات (تر وليات) مخصصة لنقل النفايات داخل المركز

1.4.11. يتوفر القدر الكافي من العمالة المدربة لضمان أقصى درجات السلامة خلال عمليات الجمع والنقل داخل المركز

1.4.12. يتم قبل جمع ونقل أكياس وحاويات نفايات الرعاية الصحية الخطرة قفلها بإحكام والتأكد من أنها تحمل بطاقة بيانات النفاية الموجودة بها ومبين عليها شعار النفايات الحيوية الخطرة

1.4.13. جميع اكياس بالنفايات لا تملأ لأكثر من ثلاثة أرباع حجمها ولا تضغط أو تكبس، ولا تضم إلى الجسم ولا تمسك من الأسفل عند حملها

1.4.14. تنظف وتغسل العربات (الترولیات) المخصصة لتجميع ونقل نفايات الرعاية الصحية الخطرة وتطهر يوميًا بواسطة عمالة مدربة وتحت إشراف مسؤول نفايات الرعاية الصحية بالمركز

1.4.15. في حالة حدوث تبعثر أو تسرب لنفايات الرعاية الصحية الخطرة يتم التعامل الفوري بشأنها واتخاذ إجراءات التطهير والسلامة المطلوبة

1.4.16. يوجد موقع مناسب خاص للتخزين داخل المركز الصحي لتجميع نفايات الرعاية الصحية الخطرة الناتجة من تلك المركز

1.4.17. يتم نقل النفايات الطبية من المركز بشكل دوري حسب النظام

2. التدريب:

2.1.1. جميع الأفراد الذين يتعاملون مع النفايات الطبية يتلقوا التدريب في مجال التخلص الامن من النفايات الطبية

Applied to: جميع موظفي المركز والعاملين في برنامج النفايات الطبية	Title Medical waste Program برنامج النفايات الطبية	Page 3 of 3
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-001EA (2)	Replaces No EH-IPP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

handling and clearance and safety measures are required

1.4.16. There is a suitable storage location within the health center for the collection of hazardous health-care waste generated from that center

1.4.17. Medical waste is transferred from the center periodically according to the system

2. **Training**:

2.1. All individuals dealing with medical waste receive training in safe disposal of medical waste.

5- RESPONSIBILITIES

It is the responsibility of the PHC director in coordination with epidemiology inspector to monitor the implementation of this policy.

3- **المسئوليات:**

هي مسئولية مدير المركز بالتنسيق مع المراقب الصحي، لمتابعة تطبيق هذه السياسة.

4- FORMS:

4.1 Self - supervision model for the application of medical waste.

4.2 Form of Periodic Report on Medical Waste

4- النماذج:

4.1 نموذج الاشراف الذاتي على تطبيق النفايات الطبية.
4.2 نموذج التقرير الدوري للنفايات الطبية

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 The Unified GCC System for Health Care Waste.

النظام الخليجي الموحد لنفايات الرعاية الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	**Title** Monitoring Of Drinking Water Quality مراقبة جودة مياه الشرب طبية	Page **1** of **7**
Department: EH	**Policy Number:** : EH-IPP-002EA (2)	**Replaces No** EH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1. PURPOSE:

1.1. Details standard procedures for the collection, storage and transportation of samples of water at water supplies in accordance with current guidance.

1.2. Highlights the necessary safety precautions which should be observed in the handling of chemicals and instruments used to undertake on-site measurements.

1. الغرض:

1.1 توضيح وتفصيل الإجراءات والخطوات القياسية المطلوبة في جمع وتخزين ونقل عينات المياه من المركز الصحي

1.2 يسلط الضوء على السلامة الضرورية و الاحتياطات التي ينبغي مراعاتها في التعامل مع المواد الكيميائية و الاجهزة التي تستخدم لإجراء القياسات الحقلية على عينات المياه .

2. DEFINITIONS

NA

2. التعريفات:

1.2 لا يوجد

3. POLICY

Ensure that, in the health center, federal drinking water standards for public water systems are met.

3. السياسة:

التأكد من ان مياه الشرب المستخدمة في المركز الصحي مطابقة لمواصفات و معايير مياه الشرب الخاصة بالمملكة العربية السعودية.

4. PROCEDURES:

4.1. Sampling Procedures:

Sample point:

4.1.1. A sample point should be post any treatment and representative of the water at point of use. [Note: All sample points should be predetermined and given a unique identifier at the time of registration or risk assessment.]

4.1.2. Remove any attachments (e.g. hoses) or plastic inserts where fitted to the tap which could contaminate the sample. Any issues with the sample point which may affect the

4. الإجراءات:

4.1. إجراءات سحب العينة:

نقطة السحب:

4.1.1. يراعى عند تحديد نقاط جمع عينات المياه ان تمثل العينة المسحوبة المصدر المائي للمركز كاملا، حيث تؤخذ العينة من نقاط محدده ومعرفه سابقا وانه يترتب على نتيجة هذه العينة اتخاذ الاجراءات.

4.1.2. فصل أية اجزاء عالقة في الحنفية والتي قد تتسبب في تلويث العينة مثل خراطيم المياه والاجزاء البلاستيكية التي تؤدي لخروج الماء على شكل رشاش. اية ملاحظة او اجراء يمكن ان يؤدي الى تلوث العينة يجب ان يتفادى وان يرصد ما أمكن ذلك في النموذج المرفق مع العينة الى المختبر.

Applied To: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	Title Monitoring Of Drinking Water Quality مراقبة جودة مياه الشرب طبية	Page 2 of 7
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-002EA (2)	Replaces No EH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

sterilization of the tap or the sample results should be noted on the field sheet.

Chemical Sampling:(usually two samples)

4.1.3. If a sample is to be taken for first draw metal analysis (lead, copper and nickel) this sample bottle must be filled before the flushing step below (i.e. first issuance). This may be noted on the field sheet and bottle label. Adjust the flow to ensure a gentle and steady stream of water into the bottle.

4.1.4. The tap must then be flushed for at least 2 mins to remove any standing water within the pipe work before other chemical samples are taken. (flush time should be extended for longer service pipes).

4.1.5. Fill the chemical sample bottles, following closely any instructions on the labels of the bottles, and observing any expiry dates.

Bacteriological Sampling:

4.1.6. If no chemical samples are required, the tap must be flushed for at least 2 minutes (extend flush time for larger service pipes) and then a residual chlorine should be measured.

4.1.7. If the tap is metal with no plastic inserts it may then be flamed where it is safe to do so.

4.1.8. Where a tap may be damaged by flaming or where it is unsafe to flame the tap, sterilization of the tap may be carried out by use of a chlorine solution.

4.1.9. Care should be taken in bacteriological sampling: remove the top and hold with the open end downwards; the top should not be placed down on any surface. Place the

سحب العينات للتحليل الكيميائي:

4.1.3. إذا كان الغرض من سحب العينة هو للتحليل الكيميائي ولفحص عناصر (الرصاص والنحاس والنيكل) فان العينة يجب ان تسحب قبل اجراء التطهير المذكور لاحقا. افتح الحنفية الى اقصاها واترك الماء يجري باعتدال الى داخل زجاجة جمع العينة.

4.1.4. اترك الماء يجري باعتدال لمدة دقيقتين للتخلص من المياه الراكدة الموجودة في المواسير (أكثر من دقيقتين في حالة المواسير الطويلة)

4.1.5. ادفع زجاجة العينة للتحليل الكيميائي المفتوحة فورا تحت الحنفية حتى تمتلئ مع مراعات أي ارشادات تكون مسجلة على زجاجة العينة.

سحب العينات للتحليل الجرثومي:

4.1.6. إذا لم يكن هناك حاجة لسحب عينة للتحليل الكيميائي، اترك الماء يجري باعتدال لمدة دقيقتين للتخلص من المياه الراكدة الموجودة في المواسير (أكثر من دقيقتين في حالة المواسير الطويلة) ومن ثم قم بأجراء قياس تركيز الكلور المتبقي حسب الطريقة.

4.1.7. قم بتطهير فوهة الحنفية باستخدام اللهب إذا كان فوهة الحنفية مصنوعة من مادة معدنية.

4.1.8. في حالة الحنفيات المصنوعة من مواد بلاستيكية وحيث يكون التعقيم باللهب غير آمن، قم باستخدام محلول الكلور او الكحول في تطهير فوهة الحنفية.

4.1.9. لبس القفازات ومسك الزجاجة باليد اليمنى (قرب الحنفية) ثم نزع الغطاء باليد اليسرى. أدفع الزجاجة المفتوحة فورا تحت الحنفية، حتى تمتلئ تقريبا بالماء (أدنى من موضع السدادة بحوالي 2 سم)، أي يجب ترك حيز صغير في الزجاجة للهواء لتسهيل عملية الرج والخلط لمحتويات الزجاجة في المختبر.

4.1.10. إعادة غطاء الزجاجة فورا إلى مكانها وبرمها لتثبيت الغطاء.

4.1.11. يجب مراعاة الارشادات المسجلة على زجاجة سحب العينة.

4.1.12. في حالة حدوث أي خطأ او احتمال تلوث خارجي للعينة يجب تكرار عملية سحب العينة من جديد.

الترقيم والتسجيل:

4.1.13. كتابة رقم العينة، وهو نفس الرقم الذي يكتب على النموذج

Applied To: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	Title Monitoring Of Drinking Water Quality مراقبة جودة مياه الشرب طبية	Page 3 of 7
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-002EA (2)	Replaces No EH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

bottle into a steady stream of water, ensuring it does not touch the tap, and fill to the base of the neck. The bottle should not be rinsed out or be allowed to overflow. A small air gap must be left at the top of the bottle.

4.1.10. Close the bottle tightly.

4.1.11. Instructions on the sample bottle should be follow.

4.1.12. If in taking the sample it is suspected the sample has been contaminated, the sample and the bottle should be discarded and the procedure restarted.

Record Keeping:

4.1.13. Wright the sample number which must be the same in the form which sent to lab

4.1.14. Fill the form with all relative information

4.2. **On-site Determination of Free and Total Chlorine:**

4.2.1. Where treatment of the water at a site is by chlorination, the amount of free and total chlorine in the water should be determined as a measure of the level of disinfection.

4.2.2. Commercial hand-held meters are available for the determination of free and total chlorine levels.

4.2.3. Take the measurement after the sample taken directly.

4.2.4. Chlorine meters are calibrated by the manufacturer but check standards are available as a means to validate the calibration.

4.2.5. The meter should be validated as per manufacturer's instructions (ensure check standards are within expiry dates) and records of the validation kept.

الذي يرسل مع العينة إلى المختبر.

4.1.14. استكمال النموذج المرافق للعينة بالمعلومات المطلوبة مع التأكد من جميع البيانات المطلوبة مدونة في نموذج سحب العينة.

4.2. **قياس الكلور المتبقي:**

4.2.1. في الاماكن التي يتم استخدام الكلور لتطهير المياه، قم بقياس الكلور المتبقي (الكلور الحر) والكلور الكلي لمعرفة مستوى التطهير، حيث ان كمية الكلور المتبقي يجب ان تكون (0,2 وحدة من المليون) او أكثر والا فيجب ان يقوم بعملية تطهير بإضافة الكلور الى الماء.

4.2.2. هناك اجهز كلورسكوب صغيرة تحمل على اليد يمكن استخدامها لقياس تركيز الكلور المتبقي والكلي.

4.2.3. قم بإجراء القياس بعد أخذ العينة مباشرة ودون تأخير.

4.2.4. تأكد من معايرة الجهاز قبل الاستخدام وتأكد من صلاحية الكتات المستخدمة مع مراعاة ان تكون عينة المياه المراد قياس الكلور المتبقي فيها خالية من اللون والعكر.

4.2.5. قم باتباع التعليمات على جهاز قياس الكلور وتأكد من القيام بكل اجراءات بطريقة صحيحة وتأكد من اجراء الصيانة للحفاظ على الجهاز.

4.3. **حفظ العينة ونقلها الى المختبر:**

4.3.1. تأكد من سلامة وصحة اجراءات حفظ ونقل العينة.

4.3.2. ضع الزجاجة في وضع قائم في الصندوق المبرد او الحافظة وارسالها فورا الى المختبر للفحص البكتريولوجي مصحوبة بطلب الفحص الذي يدون به كافة البيانات المتعلقة بالعينة.

4.3.3. الصندوق المبرد او الحافظة لابد ان تكون درجة حرارتها مناسبة حسب التعليمات المسجلة في كل عينة.

4.3.4. تنقل العينات الى المختبر فور اخذها وإذا حدث أي تأخير لظروف طارئة لابد من حفظ العينة في درجة الحرارة المناسبة:

4.3.4.1. العينات المسحوبة للفحص البكتيري تحفظ في مكان مظلم في درجة حرارة من 2-8 درجة

Applied To: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	Title Monitoring Of Drinking Water Quality مراقبة جودة مياه الشرب طبية	Page 4 of 7
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-002EA (2)	Replaces No EH-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.3. Sample Storage and Transportation:

4.3.1. After the samples have been taken the bottles must be stored and transported correctly.

4.3.2. Bacteriological bottles should be stored upright in a cool box containing appropriate ice packs to retain a temperature, during transportation and storage, of between 2 and 8؛C. [Note: *The inside of cool boxes should be cleaned down with a paper towel soaked in 1% (w/v) chlorine solution prior to use.*]

4.3.3. Chemical samples should be replaced in any protective wrapping provided with the bottles, and placed in the sample crate.

4.3.4. The samples should be returned as soon as possible to the laboratory to ensure analysis is undertaken within the timescales required by the laboratory.

4.3.5. If there is to be any significant delay between sampling and analysis, samples should be stored so as to ensure there is no material change which could significantly affect the sample results. For example, bacteriological samples should be kept in the dark between 2 and 8؛C and analyzed within 24 hours. The laboratory should be contacted for advice as appropriate, as samples which have not been stored correctly may not be suitable for analysis.

مئوية ويتم اجراء التحليل البكتيري عليها خلال 24 ساعة من تاريخ السحب.

4.3.4.2. في حالة وجود خلل في حفظ او نقل العينات اتصل بالمعمل حتى تتأكد ما إذا كانت صالحة لإجراء التحليل او يتعين اخذ عينات جديدة.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The total procedure above is to be done by the health inspector in the health center.

5. المسئوليات:

1.5 الإجراءات المذكورة في السياسة اعلاه يقوم بها المراقب الصحي الذي يعمل في قسم صحة البيئة بالمركز الصحي.

6- FORMS:

6.1 Attached

6- النماذج:

Applied To: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	**Title** Monitoring Of Drinking Water Quality مراقبة جودة مياه الشرب طبية	Page **5** of **7**
Department: EH	**Policy Number:** : EH-IPP-002EA **(2)**	**Replaces No** EH-IPP-002EA **(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1.6 مرفقة

❖ **REFERRANCES ((المراجع):**

❖ Manual of drinking water supply sampling procedure. A field guideline.
❖ دليل الرعاية الصحية الاولية، د. يعقوب بن يوسف المزروع، د. سالم, 1412هـ، الادارة العامة للمراكز الصحية، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
❖ دليل الجودة النوعية في الرعاية الصحية الاولية، د. يعقوب المزروع و د. محمد كامل فرج ,1993م، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
❖ الدليل الشامل للعاملين في خدمات صحة البيئة، منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط، المركز الاقليمي لأنشطة صحة البيئة 2004م.
❖ دليل العاملين في حوادث التسمم الغذائي, د. تماضر سعيد كردي, ادارة صحة البيئة, وزارة الصحة, المملكة العربية السعودية.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

نموذج عينة المياه المرسلة للفحص الجرثومي

هذا الجزء يعبأ من مرسل العينة

رقم العينة: ....

مصدر العينة، مكان الإتيان: ....

كمية الكلور المتبقي) في حالة كون العينة من مصدر مكلور(: ....

تاريخ ووقت أخذ العينة:...

اسم آخذ العينة ومهنته: ....

عنوانه: ....

هذا الجزء يعبأ من قبل مستلم العينة

تاريخ ووقت وصول العينة للمختبر: ....

- Sample code (number) should be unique ....
- sample point for supply...
- Sample date and time..
- Number of bacteriological bottles filled..
- Number of chemical bottles filled..
- Record of any measurements of disinfectant residuals (e.g. chlorine)

  ....
- Comments section to record any changes from routine sampling

  procedures..

  ....
- Sampler name...
- Signature/initials of sampler...
- Chain of custody for samples to include date/signatures of receipt by the

  laboratory...

  ....

Applied to: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	Title Reporting about food, chemical and drug poisoning التبليغ عن حوادث التسمم الغذائي والكيميائي والدوائي	Page 1 of 2
Department: EH	Policy Number: : EH-IPP-003EA (2)	Replaces No EH-IPP-003EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

PURPOSE

To ensure the inclusion of health centers in the reporting system for outbreaks of foodborne diseases and chemical and drug poisoning

1. The role of doctor and health inspector in the health center:

• the doctor is Responsible for the detection of outbreaks of foodborne diseases and chemical and drug poisoning according to case definition

•The health inspector will complete the required forms of reporting and notification in coordination with the doctor and send them to the sector or to the coordinator of the related program

•The doctor will refer the cases to the nearest hospital

• In the event that the cases cannot be referred to the hospital, the doctor and the supervisor will implement the instructions they receive from the sector or from the related program coordinator

2- **forms:**

•Reporting form of outbreaks of foodborne diseases

• reporting Form of chemical and drug poisoning.

الغرض:

لضمان ادراج المراكز الصحية في نظام التبليغ عن فاشيات الامراض المنقولة بالغذاء وحالات التسمم الكيميائي والدوائي

1. **دور الطبيب والمراقب بالمركز الصحي:**

- مسئول عن اكتشاف فاشيات الامراض المنقولة بالغذاء وحالات التسمم الكيميائي والدوائي التي تراجع المركز حسب تعرف الحالة
- يقوم المراقب باستكمال نماذج التبليغ المطلوبة بالتنسيق مع الطبيب وارسالها الى القطاع او الى المنسق بالمديرية في الموعد المحدد
- يقوم الطبيب بإحالة الحالات الى أقرب مستشفى
- في حالة تعذر احالة الحالات الى المستشفى يقوم الطبيب والمراقب بتنفيذ التوجيهات التي تصلهم من القطاع او من منسق البرنامج المختص.

2- **النماذج:**

- نموذج التبليغ عن فاشيات الامراض المنقولة بالغذاء
- نموذج التبليغ عن التسمم الكيميائي والدوائي

Applied to: EH staff جميع موظفي العاملين بصحة البيئة	**Title** Reporting about food, chemical and drug poisoning التبليغ عن حوادث التسمم الغذائي والكيميائي والدوائي	Page **2** of **2**
Department: EH	**Policy Number:** : EH-IPP-003EA **(2)**	**Replaces No** EH-IPP-003EA **(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

References:

Guideline of general directorate of EH

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Scope of Services	مجال الخدمات
Department/Service: **Environmental and Occupational Health Services**	**القسم / الخدمة : خدمات صحة البيئة و الصحة المهنية**
Code Number: EH-SOS-010EA (2)	**الرقم الكودي :**
1. Unit Description	**.1 وصف الوحدة**
1.1. Working Days and Working hours:	**1.1 أيام وأوقات العمل**
The environmental health services are provided inside and outside the PHC within the working hours (from 8 AM to 4 PM) during the working days (from Sunday to Thursday).	يتم تقديم خدمات صحة البيئة والمراقبة الصحية بالمركز و خارجه خلال ساعات العمل (من 8 ص إلى 4 م) طوال أيام العمل (من الاحد إلى الخميس).
1.2. Staffing Plan & Availability of staff	**1.2 خطة التوظيف وتوزيع العاملين**
1.2.1. The department provide its services (per shift) through: **1.2.1.1.** Health inspector	**1.2.1** يتم تقديم خدمات القسم من خلال: **1.2.2** مراقب صحي
2. Patient Population	**.2 الفئة المستهدفة**
2.1. The Department serves the area covering by the center and the surrounding community, providing services from the pediatric patients to the geriatric members of the community either males or females.	**1.2** يقدم القسم خدماته لسكان منطقة خدمات المركز الصحي والمنطقة المحيطة بها, حيث يقدم الخدمات لجميع الفئات العمرية في المجتمع ابتداء من الأطفال وحتى المسنين سواءً كان ذكر أو أنثى.
3. Modalities used	**.3 الاجراءات المستخدمة**
3.1. List the Services provided	**3.1 قائمة الخدمات المقدمة**

3.1.1. Follow up of communicable diseases, reporting and taking appropriate actions with contacts 3.1.2. Implementation of environmental sanitation and environmental education 3.1.3. *Control of waste disposal*	3.1.1 متابعة الأمراض السارية والإبلاغ عنها واتخاذ الإجراءات المناسبة مع المخالطين **3.1.2**تنفيذ أنشطة إصحاح البيئة والتوعية البيئة **3.1.3**مراقبة التخلص من النفايات الطبية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: Environmental and Occupational health صحة البيئة والصحة المهنية	**Job Title :Health epidemiology inspector** **مراقب الوبائيات**	Page **1** of **4**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: EH-JD-001EA (2)**

1.**Section or Unit** :Environmental Health

2. **Position Title** : Health inspector

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Technical Director

3.2 Responsible for: NA

4.**Job Summary** :

4.1. Follow-up of communicable diseases, reporting and taking appropriate actions with contacts

4.2. Implementation of environmental sanitation

4.3. Control of waste disposal

5. **Job Responsibilities** :

5.1. Preparation of the epidemiological map.

5.2. Receive communications from infectious diseases, endemics and record it in the register of communicable diseases and the patient's health file and follow the necessary procedures and also to identify its location on epidemiological map.

5.3. Report on infectious and endemic diseases according to the applicable law.

5.4. Epidemiological investigation of cases of infectious and endemic diseases.

5.5. Epidemiological surveillance of contacts of infectious and endemic diseases, and to take precautions towards them and towards the environment and to notify the Director of the Center for the new cases detected.

5.6. Follow-up to the final diagnosis of suspected cases with hospitals.

1- الوحدة : صحة البيئة

2- مسمى الوظيفة: مراقب الوبائيات

3- العلاقة التنظيمية :

3.1 مسئول أمام : المشرف الفني.

3.2 مسئول عن : لا يوجد.

4- ملخص الوظيفة:

4.1. متابعة الأمراض السارية والإبلاغ عنها واتخاذ الإجراءات المناسبة مع المخالطين

4.2. تنفيذ أنشطة إصحاح البيئة

4.3. مراقبة التخلص من النفايات الطبية

5- مسئوليات الوظيفة :

.5.1

5.1 إعداد الخارطة الوبائية لمنطقة خدمات المركز

5.2. استقبال البلاغات الواردة عن الأمراض المعدية والمتوطنة وتسجيلها في سجل الأمراض السارية والملف الصحي للمريض وإتباع الإجراءات اللازمة و كذلك تحديد موقعها بالخارطة الوبائية.

5.3. التبليغ عن الأمراض المعدية والمتوطنة حسب النظام المتبع.

5.4. الاستقصاء الوبائي لحالات الأمراض المعدية والمتوطنة.

5.5. المراقبة الوبائية لمخالطي الأمراض المعدية والمتوطنة مع اتخاذ الاحتياطات الوقائية اللازمة نحوهم ونحو البيئة مع إبلاغ مدير المركز عن الحالات المكتشفة الجديدة.

5.6. متابعة التشخيص النهائي لحالات الاشتباه مع المستشفيات.

Department: Environmental and Occupational health صحة البيئة والصحة المهنية	**Job Title :Health epidemiology inspector** **مراقب الوبائيات**	Page **2** of **4**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: EH-JD-001EA (2)**

5.7. Coordination and follow-up of the spraying and fumigation and disinfection required in cases of infectious diseases, endemic, and with the related authorities.

5.8. Inform the immunization clinic about cases of communicable diseases targeted vaccination discovered and reported.

5.9. Prepare a map of the area of environmental health services.

5.10. Listing the sources of water stores inside the PHC center.

5.11. Do field trips to monitor environmental sanitation with the competent authorities if requested to do so.

5.12. Take, save and transfer of water and food samples in accordance with the regulations and fill out the forms and send them for testing laboratory.

5.13. Recording the results of the samples in the record.

5.14. Monitor the safety of drinking water in case of emergency or outbreaks.

5.15. Preparation of statistical reports on the activities of the center section to participate in the preparation and implementation of the Centre's work plan with the health team.

5.16. Cooperation and coordination with all members of the health team.

5.17. Application of the principles and rules of public safety and infection control measures at work.

5.18. Participate in the activities of environmental or occupational health education and awareness within and outside the center.

5.7. التنسيق والمتابعة لعمليات الرش والتعفير والتطهير اللازمة في حالات الأمراض المعدية والمتوطنة ومع الجهات المختصة.

5.8. إبلاغ قسم التطعيمات بحالات الأمراض السارية المستهدفة بالتطعيم المكتشفة والمبلغة.

5.9. إعداد خارطة صحة البيئة لمنطقة خدمات المركز.

5.10. حصر مصادر المياه داخل المركز الصحي.

5.11. القيام بجولات ميدانية لمراقبة الإصحاح البيئي مع الجهات المختصة عند الطلب .

5.12. مراقبة سلامة مياه الشرب بالمركز واخذ وحفظ ونقل عينات المياه المركز بالصحي مع تعبئة الاستمارات الخاصة بذلك وإرسالها للفحص بالمختبر.

5.13. تسجيل نتائج العينات في السجل الخاص بها مع القيام بالإجراءات اللازمة نحو العينات الايجابية وبالتنسيق مع الجهات المختصة.

5.14. المشاركة في مراقبة جودة مياه الشرب في حالات الطوارئ وفي حالات تفشي الاوبئة لا سمح الله

5.15. إعداد التقارير الإحصائية عن نشاط القسم بالمركز المشاركة في إعداد وتطبيق خطة عمل المركز مع الفريق الصحي.

5.16. التعاون والتنسيق مع جميع أفراد الفريق الصحي

5.17. تطبيق مبادئ وقواعد السلامة العامة وإجراءات مكافحة العدوى أثناء العمل .

5.18. المشاركة في أنشطة التوعية البيئية او المهنية والتثقيف الصحي داخل وخارج المركز.

Department: Environmental and Occupational health صحة البيئة والصحة المهنية	Page **3** of **4** **Job Title :Health epidemiology inspector** **مراقب الوبائيات**	
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: EH-JD-001EA (2)**

6. **Required Qualifications** :

6.1. At least diploma of health inspection , epidemiology or Public health.

6.2. Must have a valid license given by the Saudi council of health specialties.

7. **Minimum Skills** :

7.1. Must be certified in BCLS (Basic Cardiac Life Support certificate) on a two (2) year basis according to the guidelines of the Saudi Heart Association.

7.2. Must have a trained course on the Infection control measures.

8. **Professional Experience** :

8.1. Must have at least 2-3 years working experience as Health inspector.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1. يجب أن يكون حاصل على دبلوم مراقبة صحية او وبائيات او صحة عامة على الاقل

6.2. يجب ان يحصل على ترخيص ساري من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة :

7.1. يجب أن يحصل على دورة الإنعاش القلبي الرئوي سارية المفعول.

7.2. يجب أن يحصل على دورات تدريبية تخص مكافحة العدوى ونقل النفايات

8- الخبرات المطلوبة :

8.1. يجب أن يكون لديه خبرة من عامين لثلاثة أعوام على الأقل في العمل كمراقب صحي.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Department: Environmental and Occupational health صحة البيئة والصحة المهنية	**Job Title :Health epidemiology inspector** **مراقب الوبائيات**	
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: EH-JD-001EA (2)**

Employee Name & Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date:** **التاريخ:**	**Supervisor Name & Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date:** **التاريخ:**

مؤشرات الجودة لخدمات صحة البيئة بالمركز الصحي
Quality Indicators in EH services

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة عينات المياه تم اخذها من إجمالي عينات المياه التي يجب التفتيش عليها في منطقة خدمات المركز خلال السنه **Percentage of water samples due for inspection, inspected during the current year**	
يبين المؤشر نسبة عينات المياه تم اخذها من إجمالي عينات المياه التي يجب التفتيش عليها في منطقة خدمات المركز خلال السنه من خلال مراجعة السجلات The indicator determines Percentage of water samples due for inspection, inspected during the current year	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات Process indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المراقب الصحي Health inspector	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
سنويا yearly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل عينات المياه water premises visits registry	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المراقب الصحي في نهاية كل سنه هجريه بحساب عدد عينات المياه التي قام بسحبها ومقارنتها بالعدد الكلي للعينات التي يجب سحبها بمنطقة خدمات المركز. At the end of the Hijri year, The health inspector will count the number of the water samples that have been drown compared to the total number of them that he should drew in the center catchment area.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد عينات المياه التي تم سحبها بمنطقة خدمات المركز / اجمالي عدد عينات المياه التي يجب سحبها خلال العام × 100 No. of water samples that have been drown / Total No. of water samples should be drown this year ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
المراقب الصحي Health inspector	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
المشرف الفني Medical director	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
❖ دليل الرعاية الصحية الاولية, د.يعقوب بن يوسف المزروع, د.سالم, 1412هـ, الادارة العامة للمراكز الصحية, وزارة الصحة, المملكة العربية السعودية.	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة اكتمال فحص المخالطين لمرضى الامراض المعدية من اجمالي مرضى الامراض المعدية الذين تم تسجيلهم بمنطقة خدمات المركز الصحي / سنويا **Percentage of communicable diseases contacts how are checked from total number of communicable diseases contacts registered in the PHCC / YEARLY**	
يبين اكتمال فحص المخالطين لمرضى الامراض المعدية من اجمالي مرضى الامراض المعدية الذين تم تسجيلهم بمنطقة خدمات المركز الصحي / سنويا The indicator determines Percentage of communicable diseases contacts how are checked from total number of communicable diseases contacts registered in the PHCC / YEARLY	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات PROCESS indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المراقب الصحي Health inspector	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
سنويا yearly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل مخالطي مرضى الامراض المعديه Communicable diseases contacts registry	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المراقب الصحي بحصر مخالطي مرضى الامراض المعدية الذين تم فحصهم ومقارنتهم باجمالي عدد المخالطين المسجل بالمركز. The health inspector counts the communicable diseases contacts who are checked during the year and compare them with total number of contacts registered in PHCC.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
(عدد مخالطي مرضى الامراض المعدية الذين تم فحصهم خلال السنه / اجمالى عدد المخالطين المسجلين بالمركز) × 100 (No. of communicable diseases contacts who are checked during the year / total number of contacts registered in PHCC) ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
المراقب الصحي Health inspector	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
المشرف الفني Medical director	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
دليل الرعاية الصحية الاولية, د.يعقوب بن يوسف المزروع, د.سالم, 1412هـ, الادارة العامة للمراكز الصحية, وزارة الصحة, المملكة العربية السعودية	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة المراقب الصحي بالمركز الصحي / كل 3 شهور **Percentage of the availability of essential supplies and equipment in the EH room / 3 months**	
يبين المؤشر نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة المراقب الصحي بالمركز الصحي, حيث يتم عمل مراجعة دورية (كل 3 شهور) عن مدى توفر تلك التجهيزات والمعدات الأساسية The indicator determines Percentage of availability of the essential supplies and equipment in theEH room in the health center, as there will be periodic checking (every 3 months) on the availability of the essential supplies and equipment.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات البنية Structure indicator	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المراقب الصحي Health inspector	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
كل 3 شهور Every 3 Months	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قائمة التجهيزات والمعدات الأساسية بغرفة المراقب الصحي في المركز Essential supplies and equipment list registry in the EH room	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المراقب الصحي في المركز الصحي كل ثلاثة شهور بحساب عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة في غرفة المراقب الصحي بالمركز ومقارنتها بقائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بالمركز. At the end of every 3 Hijri months, The health inspector will calculate the number of the available essential supplies and equipment in the EH room in the center to the number of them in the EH supplies and equipment list.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
(عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة بغرفة المراقب الصحي بالمركز / عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بقائمة غرفة المراقب الصحي بالمركز) × 100 (No. of the available essential supplies& equipment in the EH room / No. of the essential supplies & equipment in the EH manual) ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة استخدام الموارد - مشرف الجودة Utility utilization committee - Quality Coordinator	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة استخدام الموارد- مشرف الجودة Utility utilization committee chairman - Quality Coordinator	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
قائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بالمركز دليل الرعاية الصحية الأولية 1424 هـ معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية Approved essential supplies and equipment list in emergency services manual. Primary Health Care manual 1424 H. Standards of the central board of accreditation for health institutions.	**المراجع** **References**



LABORATORY SERVICES

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبدالكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Chemical Safety (MSDS) السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)	Page 1 of 5
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-012EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-012EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE

1.1 This policy offers guidelines to reduce risks to visitors and employees while they are in the Laboratory department premises.

1- الغرض:

1.1 توفر هذه السياسة مبادئ توجيهية للحد من المخاطر التي يتعرض لها الزوار والعاملين أثناء وجودهم في مقر قسم المختبر .

2- DEFINITIONS:

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French *sauf*), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2- التعريفات:

2.1 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شي يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

3- POLICY:

3.1 It is the Policy of laboratory department ensure that Hazardous chemicals will be handled and treated as specified in the Material Safety Data Sheet (MSDS). An MSDS will be kept on file at all times within the center, located in the Safety Department and departments who is handling chemicals. All aspects of safe treatment and handling will be closely followed.

3- السياسات:

1.3 إن سياسة إدارة مختبر تضمن أنه سيتم التعامل مع المواد الكيميائية الخطرة ومعالجتها كما هو محدد في سجل بيانات سلامة المواد (MSDS). وسيبقى سجل بيانات سلامة المواد في ملف في جميع الأوقات داخل المركز، في قسم السلامة وفي جميع الأقسام التي تتعامل مع المواد الكيميائية. وستتم المتابعة الدقيقة لكل جوانب التعامل الآمن والمناولة.

4- PROCEDURES:

The safest and most complete way to identify and learn how to handle a chemical, any hazard that it may present and how to protect yourself from these hazards is to read the MSDS. The information on the MSDS includes all aspects of this data. Although the form itself may change, the information located on these forms should be complete. Information is based on a substance's hazardous components, the chemical identification and the common names. Also included are the

4- الإجراءات:

أفضل وسيلة لمعرفة كيفية التعامل مع المواد الكيميائية والخطرة الموجودة وكيفية حماية نفسك من تلك الأخطار هي قراءة سجل بيانات سلامة المواد والمعلومات الموجودة في هذا السجل تشمل جميع جوانب هذه البيانات. مع أنه يمكن تغير النماذج إلا أن المعلومات في هذه النماذج يجب أن تكون كاملة. وتستند المعلومات على مكونات المادة الخطرة، وتحديد المواد الكيميائية والأسماء مشتركة. وتشمل أيضاً حدود التعرض لهذه المادة

exposure limits to the chemical specified. MSDS includes also the following information for each material:

4.1 Identity, as Shown on the Label or List:

- **4.1.1** Manufacturer's name, address and phone number
- 4.1.2 Emergency phone number for assistance
- 4.1.3 Phone number to call for more information on the substance
- 4.1.4 The date the substance was prepared
- 4.1.5 The signature of the preparer

4.2 Hazardous Ingredients/Identity Information:

- 4.2.1 Substance's hazardous components
- 4.2.2 Chemical identification and common names
- 4.2.3 Recommended safe exposure limits

4.3 Physical/Chemical Characteristics:

- 4.3.1 The following characteristics will be listed, including but not limited to:
  - .1. Boiling point and/or melting point to indicate at what point this substance may change from a liquid to a breathable gas.
  - .2. Evaporation rates and/or vapor density is important for toxic gases, flammable substances and vapors that could be inhaled.
  - .3. The specific gravity of the substance and its solubility in water. Will the substance sink, float or mix with water?
  - .4. What the normal odor and appearance of the substance. Anything abnormal may be dangerous.

4.4 Fire and Explosive Hazard Data:

- 4.4.1 The flash point of the substance. At what temperature the substance becomes flammable or has explosive vapors.
- 4.4.2 The type of fire extinguishing media to be used in the event of a fire.
- 4.4.3 Any unusual fire and/or explosion hazards.

4.5 Reactivity Data:

الكيميائية على النحو المحدد في حدود التعرض المسموح بها. كما يحتوي سجل بيانات سلامة المواد على المعلومات التالية لكل مادة:

4.1 التعريف، كما هو موضح على الملصق أو القائمة:

- **4.1.1** اسم الشركة المصنعة وعنوانها ورقم الهاتف.
- **4.1.2** رقم هاتف الطوارئ للحصول على المساعدة.
- **4.1.3** رقم هاتف للحصول على مزيد من المعلومات عن المادة.
- **4.1.4** تاريخ إعداد المادة.
- **4.1.5** توقيع المحضر.

4.2 المكونات الخطرة / معلومات التعريف:

- **4.2.1** المكونات الخطرة للمادة.
- **4.2.2** تحديد المواد الكيميائية والأسماء الشائعة.
- 4.2.3 حدود التعرض الآمن الموصي بها.

4.3 الخصائص الكيميائية والفيزيائية:

- **4.3.1** سيتم سرد الخصائص التالية، على سبيل المثال لا الحصر:
  1. نقطة الغليان و / أو نقطة الانصهار تشير إلى ما هي النقطة التي قد تتغير فيهل المادة من سائل إلى غاز يمكن استنشاقه.
  2. معدلات التبخر و / أو كثافة البخار مهمة بالنسبة للغازات السامة، والمواد القابلة للاشتعال والأبخرة التي يمكن استنشاقها.
  3. الثقل النوعي للمادة، وذوبانه في الماء. هل ستطفو المادة ، أم تترسب أم تختلط مع المياه.
  4. ما هي الرائحة الطبيعية للمادة ومظهرها. أي شيء غير عادي قد يكون خطراً

4.4 بيانات خطر الاشتعال والانفجار:

- **4.4.1** نقطة الوميض لهذه المادة. ما هي درجة الحرارة التي تصبح عندها المادة قابلة للاشتعال أو يصبح لديها أبخرة يمكنها احداث انفجار.
- **4.4.2** نوع طفايات الحريق لاستخدامها في حالة حدوث حريق.
- **4.4.3** أي مخاطر للاشتعال أو الانفجار غير عادية.

4.5 بيانات التفاعل:

- **4.5.1** درجة الاستقرار - هل المادة مستقرة أم لا، وبأي شروط يمكن تجنب إمكانية تغيير هذا الوضع.

4.5.1 Stability - is the substance stable or not and what conditions to avoid which will eliminate the possibility of changing this state.

4.5.2 Incompatibility - what substances to avoid mixing it with. Will mixing with water or some other substance cause an explosive result. Will something as simple as exposure to air cause a dangerous condition to exist.

4.5.3 What, if any, dangerous byproducts are produced after use or through aging. At decomposition, what is the danger if any.

4.5.4 Will hazardous polymerizations occur and what conditions should be avoided?

4.5.5 What situations to avoid and where to store in relation to other substances which are known to be reactive.

4.6 Health Hazard Data:

4.6.1 What is most important and how the substance may enter the body. Depending on the substance, it may enter the human body by inhaling, swallowing or through the skin. This section will give an indication of how to handle the substance to limit the possibility of harm.

4.6.2 What could happen if you are exposed to the substance in a harmful way. What health hazards may exist and what could happen if exposed to the chemical.

4.6.3 Will the effects of the contact show up immediately (acute) or will the chemical take time to show any effects (chronic)?

4.6.4 Will the chemical give symptoms such as dizziness, nausea, rashes, headache or dermatitis? Will the chemical affect an existing condition such as asthma or is the substance believed to be a carcinogen?

4.6.5 First aid procedures are given in this section to follow until medical help can be obtained.

4.7 Precautions for Safe Handling and Use:

4.5.2 عدم التوافق - ما المواد التي يجب تجنب خلطها مع هذه المادة. وهل خلطها مع الماء أو بعض المواد الأخرى قد يؤدي للانفجار. وهل يمكن أن يكون شيئاً بسيطاً مثل التعرض للهواء يسبب في حدوث حالة الخطر.

4.5.3 إذا كان يتم إنتاج أي مشتقات خطرة بعد استخدامها أو من خلال الاحتفاظ بها لمدة طويلة فما هي هذه المشتقات. ما هو الخطر في حالة تحلل هذه المادة إن وجد.

4.5.4 هل ستحدث البلمرة الخطرة وما الظروف التي ينبغي تجنبها.

4.5.5 ما هي الحالات التي يجب تجنبها ومكان التخزين المناسب فيما يتعلق بالمواد التي من المعروف أنها تفاعلية.

4.6 بيانات المخاطر الصحية:

4.6.1 ما هو أهم طريقة لدخول جسم الانسان وكيف يمكن للمادة أن تدخل الجسم. تبعاً للمادة، فإنه قد تدخل جسم الانسان عن طريق الاستنشاق، أو البلع أو عن طريق الجلد. وسيوضح هذا الجزء كيفية التعامل مع هذه المادة للحد من احتمال وقوع ضرر.

4.6.2 ماذا يمكن أن يحدث إذا كنت تتعرض لهذه المادة على نحو ضار. ماذا يمكن أن تكون المخاطر الصحية الموجودة وماذا سيحدث إذا تعرضت لهذه المادة الكيميائية.

4.6.3 هل الآثار المترتبة على الاتصال تظهر على الفور (أعراض حادة) أم تستغرق المواد الكيميائية وقتا طويلا لتظهر أي آثار (مزمنة).

4.6.4 هل هذه المادة الكيميائية تعطي أعراض مثل الدوخة والغثيان، والصداع، والطفح الجلدي أو التهاب الجلد. وهذه المادة الكيميائية تؤثر على حالة موجودة مثل الربو أو هل هذه المادة يعتقد أنها مادة مسرطنة.

4.6.5 يتم توضيح إجراءات الإسعافات الأولية في هذا الجزء ليتم اتباعها حتى يمكن الحصول على المساعدة طبية.

4.7 الاحتياطات بالنسبة للأمان في المناولة والاستعمال:

4.7.1 ما ينبغي أن يتم في حالة إطلاق المادة الكيميائية أو حدوث تسرب.

4.7.2 الاحتياطات الواجب اتخاذها في تداول وتخزين هذه المادة.

4.7.3 طريقة التخلص من النفايات الخاصة بهذه المادة.

4.8 تدابير الرقابة:

4.8.1 نوع الحماية اللازمة لحماية الجهاز التنفسي من المادة، إن وجدت.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Chemical Safety (MSDS) السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)	**Page 4 of 5**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-012EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-012EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.7.1 What should be done if chemical is released or a spill occurs.
4.7.2 Precautions to be taken in the handling and storing of the substance.
4.7.3 Method of waste disposal.

4.8 **Control Measures**:
4.8.1 The type of respiratory protection required for protection from the substance, if applicable.
4.8.2 What type of gloves to wear if needed and the need for eye protection, if recommended?
4.8.3 What other types of protective clothing are recommended?
4.8.4 What hygienic work habits should be utilized?

Note: The Material Safety Data Sheet was created and is required by law as part of your Right to know about on the job hazards.

4.9 **How to Read MSDS**
4.9.1 A Material Safety Data Sheet supplies the user detailed information on a chemical and its hazards.
4.9.2 It will list the following information on the sheet (If applicable to the product):
1. Product name
2. Chemical name
3. Manufacturer's name, address and telephone number
4. Formula
5. Trade name
6. Appearance/odor
7. Hazardous ingredients
8. Physical and chemical characteristics (fire and explosion data)
9. Physical hazards
10. Health hazards (includes acute and chronic health effects and any other related information)
11. Primary routes of entry
12. Exposure limits
13. If OSHA, NTP and/or IARC considers the chemical a carcinogen
14. Emergency and first aid procedures
15. Special protection information
16. Special precaution and spill/leak procedures

4.8.2 ما هو نوع القفازات الذي يجب ارتداءه إذا لزم الأمر، والحاجة إلى حماية العين، إذا أوصى بها.
4.8.3 ما هي الأنواع الأخرى من الملابس الواقية الذي يوصى باستعماله.
4.8.4 ما هي عادات العمل الصحية التي يجب أن تستخدم.
ملحوظة: تم إنشاء سجل بيانات سلامة المواد، ومطلوب من قبل القانون كجزء من حقك في أن تتعرف على أخطار الوظيفة.

4.9 كيفية قراءة سجل بيانات سلامة المواد:
4.9.1 سجل بيانات سلامة المواد يوفر معلومات المستخدم التفصيلية عن المواد الكيماوية ومخاطرها.
4.9.2 سيتم سرد المعلومات التالية على السجل (إن وجدت لهذا المنتج):
1. اسم المنتج
2. اسم المادة الكيميائية
3. اسم الشركة المصنعة وعنوانها ورقم الهاتف
4. الصيغة
5. الاسم التجاري
6. مظهر / الرائحة
7. المكونات الخطرة
8. الخصائص الفيزيائية والكيميائية (الحريق والانفجار بيانات)
9. الأخطار الجسدية
10. المخاطر الصحية (بما في ذلك الآثار الصحية الحادة والمزمنة وغيرها من المعلومات ذات الصلة)
11. طرق الدخول الأولية
12. حدود التعرض
13. إذا كانت تعتبر المواد الكيميائية مواد مسرطنة.
14. حالات الطوارئ وإجراءات الإسعافات الأولية.
15. معلومات الحماية الخاصة.
16. الحيطة ضد الانسكاب / تسرب الإجراءات.
17. تدابير الرقابة السارية بما في ذلك الضوابط الهندسية
18. تاريخ إعداد سجل بيانات سلامة المواد والطرف المسؤول عنه.

17. Applicable control measures including engineering controls
18. Preparation date of MSDS and responsible party for MSDS

5- RESPONSIBILITIES

5- المسئوليات:

5.1 The Laboratory Director, Head of the Department and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين وخاضعة للمساءلة لمراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 MSDS

1.6 سجل بيانات سلامة المواد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2. Hazardous Chemicals: Information and Disposal Guide. 2nd or 3rd edition.

7.3 CBAHI Resource Manual

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.2 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.3 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Critical Results Reporting الابلاغ عن النتائج الحرجة	Page 1 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-APP-034EA (2)	Replaces No.: LB-APP-034EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To develop an internal system to report and take measures on critical test results that may or have had adverse implications for patient life

2- DEFINITIONS:

2.1 Critical State: a pathophysiological state which is considered to be as life threatening unless something is done promptly and for which some corrective action could be taken.

2.2 Critical tests result: are understood to be any resultant test values/levels/interpretations where delays in reporting have the potential for causing serious adverse outcomes for patients.

3- POLICY:

3.1 It is the policy of Laboratory and Radiology Departments that critical test results should be communicated immediately to the test ordering clinician since delays in reporting have the potential for causing serious adverse outcomes for patients.

4- PROCEDURES:

4.1 Lists of critical test results (Appendix-1&2) will include at a minimum, the name of the test, and the critical value.

4.2 Critical Test Results:

4.2.1 Include results from tests ordered on a STAT, Urgent or routine basis.

4.2.2 Include results from tests reaching the pre-established critical or “panic” level.

4.2.3 Include results where it is clinically evident that delays in reporting have the potential for causing serious adverse outcomes for patients.

4.3 Critical test results will be reviewed and verified at least on an annual basis by the director of the department and the center medical director, to allow for additions and deletions from the list. New tests may be

1- الغرض:

1.1وضع نظام داخلي لأخذ الإجراءات اللازمة تجاه نتائج الاختبارات الحرجة التي قد يترتب عليها مضاعفات تؤثر على حياة المريض.

2- التعريفات:

1.2 **الحالة الحرجة:** هي الحالة المرضية التي تشكل تهديدا لحياة المريض وتستدعي تدخل سريع والتي يتم اتخاذ قرار علاجي بشأنها.

2.2 **النتائج الحرجة:** هي جميع نتائج التحاليل التي تأخيرها يؤثر سلباً على حياة المريض.

3- السياسات:

3.1سياسة قسم المختبر والأشعة تنص على ضرورة تبليغ الطبيب فوراً عن النتائج الحرجة التي سبق وتم ارسالها إلى المختبر، والتي من شأن تأخير التبليغ عنها التأثير سلبا على حياة المريض.

4 الإجراءات:

4.1قائمة النتائج الحرجة (الملحق 1 و2) تشمل على الأقل أسماء التحاليل والنتيجة الحرجة.

4.2نتائج الحالات الحرجة:

4.2.1 تشمل نتائج التحاليل والفحوصات التي تم طلبها بشكل عاجل او بشكل روتيني.

4.2.2 تشمل نتائج تحاليل الحالات التي وصلت إلى الحد الحرج أو الخطير المحدد مسبقاً.

4.2.3 تشمل نتائج التحليل التي من المعروف طبياً أن تأخيرها قد يشكل خطورة على حياة المريض.

4.3تتم مراجعة نتائج التحاليل الحرجة وإثبات صحتها من قبل رئيس القسم المعني والمدير الطبي على الأقل سنوياً، حتى يسمح بإضافة أو حذف أي نتيجة من القائمة. من الممكن إضافة أي

added to the list as needed at any time, with the approval from the medical director.

4.4 Critical test results will be called by the individual performing the test immediately upon determination that the result of the test is at critical limits.

4.5 All departments reporting critical test results will immediately contact the doctor whom the test has been ordered and report the result.

4.6 The following script shall be used when communicating critical results.

- 4.6.1 Hello, this (STAFF NAME AND I.D. NUMBER) calling from the (DEPARTMENT NAME).
- 4.6.2 I have critical result for the patient (patient name) with health record number (##### / ##)
- 4.6.3 This critical result is for (TEST NAME)
- 4.6.4 The result is (##########)
- 4.6.5 Please read back to me the result I have given you.
- 4.6.6 May I have your name and ID number (########)
- 4.6.7 Thank you for your help.

4.7 The individual receiving the result will:

- 4.7.1 ***Write down*** the result on the patient health record.
- 4.7.2 ***"READ-BACK***" the written result to the reporting person to ensure it is accurately recorded and ask him to ***confirm*** that the repeated result is correct.

4.8 **Documentation**:

- 4.8.1 The department performing the test and determining the critical test result should document the date and time of notification and to whom the result was reported (i.e., the name of the person receiving the report and performing the read-back of the result) on the critical values log book.
- 4.8.2 The person receiving the results should document the reported result, date and time of notification in the patient's health record.

4.9 **Compliance Monitoring**:

- 4.9.1 Periodic monitoring of the critical test communication process will be conducted on a departmental and organization wide basis.

تحليل جديد إذا استدعى الأمر في أي وقت، بشرط المدير الطبي.

4.4 يقوم الشخص المسئول عن إجراء الاختبار بتبليغ النتائج الحرجة فوراً عند اكتشاف أن النتيجة وصلت للقيمة الحرجة.

4.5 على جميع الأقسام الإبلاغ عن نتائج الفحوصات الحرجة، وذلك بالاتصال فوراً على الطبيب الذي قد أمر بعمل الاختبار.

4.6 يتم استخدام الطريقة التالية حال الإبلاغ عن أي نتائج حرجة:

- 4.6.1 مرحبا، معكم (اسم الموظف ورقمه الوظيفي) يتصل من (اسم القسم).
- 4.6.2 لدي نتيجة حرجة للمريض (يذكر اسم المريض ثلاثي/ رباعي) ويذكر رقم الملف الخاص بالمريض (## / #####)
- 4.6.3 وهذه النتيجة للفحص (ويذكر اسم الفحص)
- 4.6.4 والنتيجة هي (ثم يذكر النتيجة)
- 4.6.5 رجاء إعادة قراءة هذه النتيجة مرة أخرى.
- 4.6.6 رجاء إعطائي أسمك ورقمك الوظيفي.
- 4.6.7 شكرا على مساعدتك.

4.7 على الفرد المتلقي للنتيجة أن

- 4.7.1 يكتب النتيجة في ملف المريض.
- 4.7.2 يقرأ النتيجة مرة أخرى إلى الشخص المبلغ من أجل التحقق من صحة التسجيل ويطلب منه أن يؤكد على صحة ما كتبه.

4.8 **التوثيق**:

- 4.8.1 ينبغي على القسم الذي أجرى الاختبار وقام بتحديد النتيجة الحرجة توثيق تاريخ ووقت الإخطار واسم الشخص الذي تم إخطاره بالنتيجة (أي اسم الشخص الذي تلقي التقرير وقام بقراءته مرة أخرى) في السجل الخاص بالنتائج الحرجة.
- 4.8.2 يقوم الشخص الذي استلم النتيجة بتوثيق النتيجة والتاريخ والوقت في ملف المريض الصحي.

4.9 **مراقبة الامتثال**:

- 4.9.1 يتم إجراء رقابة دورية على عملية التبليغ عن النتائج الحرجة على مستوى القسم والمركز.

4.9.2 Turn-around-times from order to notification of test result to the patient's healthcare provider will be evaluated and monitored periodically.

4.9.2 يتم إجراء رقابة دورية بغرض تقييم وقت دوران الفحص من وقت استلام طلب الاختبار الى وقت تسليم النتائج إلى مقدم الرعاية الصحية للمريض.

4.9.3 Submission of data: the data and report of critical result reporting should be submitted for monitoring and follow up.

4.9.3 تقديم البيانات: يجب تقديم البيانات وتقرير عن عملية تبليغ النتائج الحرجة للرصد والمتابعة.

5- RESPONSIBILITIES

5- المسئوليات:

5.1 It is the responsibility of the medical director in coordination with medical and nursing department to review the policy every two years or as needed, as well as the implementation of this policy.

1.5 هي مسئولية المدير الطبي بالتنسيق مع الأقسام الطبية والتمريض لمراجعة السياسة كل عامين أو كلما تطلب الأمر ذلك، كما يقوم بمتابعة كيفية تطبيق هذه السياسة.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 NA

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Henry, John B., M.D. Clinical Diagnosis and Management by Laboratory methods**.** 21st edition, 2006.

7.2. A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests 7th edition (July 2003): By Frances T Fischbach RN, BSN, MSN by Lippincott Williams & Wilkins Published by OkDoKey.

7.3 CBAHI Resource Manual

7.3 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.4 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Chemical Spill Control التعامل مع الانسكاب الكيميائي	Page 1 of 6
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-011EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-011EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 This policy enables all staff that In the event of a spill, competent, prompt action is necessary for immediate clean-up to reduce and eliminate the hazards present.

1- الغرض:

1.1 هذه السياسة تمكن جميع الموظفين في حالة وجود انسكاب ، من ضرورة العمل السريع للتنظيف الفوري للحد من والقضاء على المخاطر الحالية.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Safety** is the state of being "safe" (from French *sauf*), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2.2 **Chemical substances** (also sometimes referred to as a pure substance) are often defined as "any material with a definite chemical composition" in most introductory general chemistry textbooks. According to this definition a chemical substance can either be a pure chemical element or a pure chemical compound.

2.3 **An unmanageable spill** is a situation in which an individual is not competent, untrained or simply unable to safely contain, clean up and dispose of the spill without risk to themselves or others

2.4 A **small spill** will be defined as less than 1 liter and no toxic fumes/vapors

2- التعريفات:

1.2 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شي يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

2.2 المواد الكيميائية (كما يشار إليها أحيانا كمادة نقية) يتم تعريفها في كثير من الأحيان بأنها " أي مواد ذات التركيب كيميائي واضح" في معظم الكتب الدراسية التمهيدية للكيمياء العامة. وفقاً لهذا التعريف يمكن أن تكون المادة كيميائية إما عنصر كيميائي نقي أو مركب كيميائي نقي.

2.3 حدوث **تسرب لا يمكن السيطرة عليه** هي الحالة التي يكون فيها الفرد غير مؤهل، غير مدرب أو ببساطة غير قادر على احتواء، وتنظيف والتخلص من الانسكاب من دون تعرضه أو الآخرين للخطر.

2.4الانسكاب صغير: أقل من 1 لتر و الذي لا يكون له أدخنة سامة / الأبخرة.

2.5الانسكابات الكبير: يزيد عن1 لتر / أو المصحوب بأدخنة سامة أو أبخرة.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Chemical Spill Control التعامل مع الانسكاب الكيميائي	Page 2 of 6
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-011EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-011EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

2.5 **large spill** more than 1 liter and/or toxic fumes/vapors. For manageable chemical spill follow the following protocol

3- POLICY:

3.1 It is the policy of laboratory department to protect patients, visitors, staff and property from hazardous or potentially hazardous chemical spills.

3- السياسات:

1.3 هذه هي سياسة قسم المختبر لحماية المرضى والزوار والموظفين والممتلكات من جراء تسرب المواد الكيميائية الخطرة أو المحتمل أن تكون خطرة.

4- PROCEDURES:

4.1 A **small spill** will be defined as less than 1 litre and no toxic fumes/vapours. **A manageable spill** is a situation in which an individual who is competent and has been trained, can safely contain, clean up and dispose of the spill without risk to themselves or others.

4.1.1 If the spill is in a public area such as a corridor, warn others to leave the area.

4.1.2 If the spill is manageable the individual may initiate the cleanup process, using items found in Spill Kits, in accordance with the specific guidelines of the material or MSDS (material safety data sheet) and advise their supervisor/manager.

4.1.3 Use appropriate personal protective equipment (laboratory coat, gloves, face shield or goggles, etc.).

4.1.4 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass and discard into a sharps container.

4.1.5 Environmental services may be called to provide further clean-up of the spill.

4.2 **Large spill**

4- الإجراءات:

4.1 سيتم تعريف **الانسكاب صغير** على أنه أقل من 1 لتر والذي لا يكون له أدخنة سامة / الأبخرة. **الانسكاب الذي يكون تحت السيطرة** هو الحالة التي يكون فيها الفرد المؤهل والذي تم تدريبه، قادر على أن يحتوي الانسكاب بأمان، وقادر على تنظيف والتخلص من الانسكاب من دون مخاطر على أنفسهم أو الآخرين.

4.1.1 إذا كان الانسكاب في مكان عام كالممرات، يحذر الآخرون لمغادرة المنطقة.

4.1.2 إذا كان الانسكاب يمكن السيطرة عليه فليبدأ الشخص المسئول في عملية التنظيف، وذلك باستخدام الادوات الموجودة في مجموعة التعامل مع الانسكاب، وفقاً للمبادئ المحددة الموجودة في سجل بيانات سلامة المواد، وابلاغ المشرف / المدير.

4.1.3 قم باستخدام معدات الحماية الشخصية الملائمة (معطف المختبر والقفازات والنظارات واقية أو درع الوجه، الخ.)

4.1.4 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور والتخلص منه في وعاء الأدوات الحادة.

4.1.5 يمكن ابلاغ الخدمات البيئية لتقديم المزيد من تنظيف الانسكاب.

4.2 الانسكابات الكبيرة:

Applied To: **All Lab Staff** **جميع العاملين بالمختبر**	**Title: Chemical Spill Control** **التعامل مع الانسكاب الكيميائي**	**Page 3 of 6**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-011EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-011EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.2.1 A large spill will be defined as more than 1 litre and/or toxic fumes/vapours. For **manageable chemical spill** follow the following protocol.

1. Notify all individuals in the immediate vicinity of the spill. If necessary, they should move to a safe distance away from the spill location. Barricade the spill area with floor signs or yellow barrier tape to notify people to keep away from the hazard.
2. Identify the spilled material, if necessary by checking labels, product supplier and/or Material Safety Data Sheets. Identify any immediate hazards, including flammability, toxicity and any surrounding or contributing hazards.
3. For flammable or combustible liquids, immediately eliminate all potential ignition sources, only if this can be done safely.
4. Be sure fume hood and other local exhausts are operating. Advise engineering to take the necessary steps to eliminate the possibility of air re-circulation. Ventilate the spill area as much as possible. Vapours will be emitted from the spill, regardless of the size.

4.3 The following steps are only to be performed by qualified persons:

4.3.1 Obtain the spill control materials.

4.3.2 Select the appropriate personal protective equipment (protective clothing, goggles or face shield, gloves, footwear [and respirator if indicated]). Estimate the volume of the spill and slowly place an appropriate number of spill control pillows, starting from the perimeter of the spill and working inwards, on the spill. Larger spills can be encircled with the spill control socks to prevent their spread. Allow the absorptive action of the spill control pillow to absorb the spill. For

4.2.1 سيتم تعريف الانسكاب كبير بما يزيد عن1 لتر / أو المصحوب بأدخنة سامة أو أبخرة. للتحكم **بتسرب المواد الكيماوية** يمكن اتباع البروتوكول التالي.

1. قم بإخطار جميع الأفراد في المنطقة المجاورة مباشرة للتسرب. إذا لزم الأمر، ينبغي أن تنتقل إلى مسافة آمنة بعيداً عن مكان التسرب. قم بوضع علامات أرضية أو شريط الحاجز عند منطقة الانسكاب لإعلام الناس بالابتعاد عن الخطر.
2. تعرف على المادة المنسكبة، إذا لزم الأمر عن طريق فحص البطاقات، والمورد المنتج و / أو سجل بيانات سلامة المواد. تعرف على الفور على أية مخاطر، بما في ذلك السمية، والقابلية للاشتعال وأية أخطار محيطة بها أو مساهمة فيها.
3. بالنسبة للسوائل القابلة للاشتعال، يجب القضاء على الفور على جميع مصادر الاشتعال المحتملة، إذا كان يمكن القيام بذلك بأمان.
4. تأكد من أن شفاط الدخان والشفاطات القريبة الأخرى تعمل. قم باستشارة المهندسين لاتخاذ الخطوات اللازمة للقضاء على إمكانية إعادة توزيع الهواء. قم بتهوية منطقة الانسكاب قدر الإمكان. سوف تنبعث الأبخرة من التسرب، بغض النظر عن حجم المادة المنسكبة.

4.3 يقوم بالإجراءات التالية الأشخاص المؤهلين فقط:

4.3.1 احضر مواد التحكم في التسرب والانسكاب.

4.3.2 اختر معدات الحماية الشخصية الملائمة (ملابس واقية ونظارات أو درع الوجه، والقفازات، والأحذية [والتنفس إذا أشار إليها]). قم بتقدير حجم التسرب ووضع عدد مناسب من وسائد الانسكاب، بدءً من محيط البقعة والعمل إلى الداخل. يمكن تطويق الانسكاب الأكبر بجوارب التحكم لمنع انتشارها. السماح لعمليات الامتصاص بالعمل على امتصاص الانسكاب. عند تسرب السائل الحامض أو القلوي، استخدم مبطل المفعول المناسبة لتحييد واستيعاب

a spill of liquid acid or alkali, use the appropriate neutralizer to neutralize and absorb the spill. See instructions on neutralizer bottle. PH paper is useful in determining whether neutralization is complete.

التسرب. انظر التعليمات في زجاجة التحييد. ورقة PH ستكون مفيدة في تحديد ما إذا كانت عملية الإبطال اكتملت.

4.3.3 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass. Discard the glass into the broken glass bucket or into a sharps container.

4.3.3 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور. تخلص من الزجاج في دلو الزجاج المكسور أو وعاء الأدوات الحادة.

4.3.4 Place pillows into yellow polyethylene bags. Seal and label contents. Note: Spill control pillows DO NOT contain any chemicals designed to make liquids less toxic, hazardous or flammable. Liquids, when contained in any absorbent material, will continue to be unsafe. Therefore, exercise extreme care when handling, storing or disposing of spill control pillows containing such liquids.

4.3.4 ضع الوسائد في أكياس البولي اثيلين الصفراء. وأحكم الغلق. ملاحظة: وسائد تحكم التسرب لا تحتوي على أي مواد كيميائية مصممة لجعل السوائل أقل السامة والخطرة أو القابلة للاشتعال. عند وجود السوائل في أي مادة ماصة، ستستمر في كونها غير آمنة. ولذلك، توخي الحذر الشديد عند التعامل معها أو تخزينها أو التخلص منها.

4.3.5 For a spill of a dry chemical, sweep up the chemical with a dustpan and broom and dispose of into a yellow polyethylene bag and label.

4.3.5 عند تسرب مادة كيميائية جافة، قم بكنس هذه المادة الكيميائية بالمكنسة وتخلص منها في كيس البولي اثيلين الأصفر.

4.3.6 For a spill of a dry chemical or after the use of neutralizers, wash the surface with detergent and water and clean by ordinary means.

4.3.6 في حالة تسرب مادة كيميائية جافة أو بعد استخدام المعادل، قم بغسل السطح بالمنظفات والماء وتنظيفه بالوسائل العادية.

4.3.7 Double bag the yellow polyethylene bag with a second yellow polyethylene bag. Label it and transfer it to the chemical waste storage area.

4.3.7 قم بمضاعفة حقيبة البولي اثيلين الأصفر بحقيبة أخرى من مادة البولي ايثيلين الصفراء. وضع علامة عليها وتحويلها إلى منطقة تخزين النفايات الكيميائية.

4.3.8 Inform the Supervisor or designate. Document the spill on the Employee Incident Report and give it to the Supervisor.

4.3.8 قم بإبلاغ المشرف وتوثيق الانسكاب على تقرير الابلاغ عن الحادث.

In all instances, if it has been determined by the person in charge that a spill cannot be handled in a safe, competent manner by the center staff, or, if the nature of the substance cannot be determined, the user department call the operator to activate code orange in order to obtain the assistance of the emergency response team.

في جميع الحالات، إذا كان قد تم التحييد من قبل الشخص المسؤول أنه لا يمكن معالجة التسرب بطريقة آمنه وصحيحة من قبل موظفي المركز، أو في حالة عدم التمكن من تحديد طبيعة المادة، وسوف تقوم الإدارة المستخدمة بالاتصال بالسنترال لتنشيط النداء البرتقالي من أجل الحصول على المساعدة من فريق الطوارئ.

- INDICATE: CODE ORANGE
- THE TYPE OF SPILL (IF KNOWN)
- THE LOCATION OF THE SPILL
- THE NAME OF THE PERSON IN CHARGE IN THE USER DEPARTMENT

4.4 The Supervisor/Manager must ensure that the following information about the material spilled is available for those involved in the clean-up:

1. Proper classification
2. Appropriate equipment is available
3. Necessary precautions are taken
4. Appropriate expertise is available
5. External resources are requested, if necessary

4.5 The Supervisor/Manager ensure that clean-up is done in a safe manner, using the information available on the MSDS.

4.6 If a Code Orange is called the supervisor will provide the appropriate information pertaining to the spill to the Emergency Response Team and will assist in clearing the area of visitors, non-emergency response personnel and workers as directed by the Team.

4.7 Will initiate an Incident Report and an investigation process, which will be forwarded to the Safety Committee.

- الاشارة: النداء البرتقالي.
- نوع التسرب أو الانسكاب.
- مكان الانسكاب
- اسم الشخص المسئول في هذا القسم.

4.4 يجب على المدير/ المشرف التأكد من أن المعلومات التالية حول المادة المنسكبة متوفر لأولئك الذين شاركوا في تنظيف:

1. التصنيف مناسب
2. المعدات المناسبة متاحة
3. اتخاذ الاحتياطات اللازمة
4. الخبرة المناسبة متاحة
5. طلب الموارد الخارجية، إذا لزم الأمر

4.5 يقوم المشرف بضمان أن يتم التنظيف بطريقة آمنة، وذلك باستخدام المعلومات المتاحة في سجل بيانات سلامة المواد.

4.6 إذا أعلن النداء البرتقالي سيقوم المشرف بتقديم المعلومات المناسبة المتعلقة بالانسكاب لفريق الطوارئ وسوف يساعد في تطهير المنطقة من الزوار والعاملين وفريق الاستجابة الغير الطارئة والعمال وفقا لتوجيهات الفريق.

4.7 البدء في تقرير الحوادث وعملية التحقيق، والتي سيتم إرسالها إلى لجنة السلامة.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The Laboratory Director, Head of the Department and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين للمساءلة لمراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2 Hazardous Chemicals: Information and Disposal Guide. 2nd or 3rd edition.

7.3 CBAHI Resource Manual — 7.3 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards — 7.4 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Biological spill control التعامل مع الانسكاب البيولوجي	**Page 1 of 3**
Department: LAB	**Policy Number:** LB-IPP-010EA (2)	**Replaces No.:** LB-IPP-010EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1- PURPOSE

1.1 This policy enables all staff that in the event of a spill, competent, prompt action is necessary for immediate clean-up to reduce and eliminate the hazards present.

1- الغرض:

1.1 هذه السياسة تمكن جميع الموظفين في حالة وجود تسرب، من ضرورية العمل السريع للتنظيف الفوري للحد من والقضاء على المخاطر الحالية.

2- DEFINITIONS

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French *snafu*), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2- التعريفات:

2.1 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شج يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

3- POLICY

3.1 It is the policy of laboratory department to protect patients, visitors, staff and property from hazardous or potentially hazardous biological spills. Laboratory department will provide a fast and safe means of containment and clean-up of hazardous spills.

3- السياسات:

1.3 سياسة قسم المختبر لحماية المرضى والزوار والموظفين والممتلكات من جراء الانسكابات البيولوجية الخطرة أو المحتمل أن تكون خطرة. ويقوم قسم المختبر بتوفير وسيلة سريعة وآمنة لاحتواء وتنظيف التسربات الخطرة.

4- PROCEDURES

4.1 Small Spill

4.1.1 If the spill is in a public area such as a corridor, warn others to leave and start the clean up immediately.
4.1.2 Use appropriate personal protective equipment (laboratory coat, gloves, face protector shield or goggles, etc.).
4.1.3 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass and discard into a sharp's container.
4.1.4 Cover spill with paper towels to avoid splashing during the addition of disinfectant.
4.1.5 Squirt disinfectant onto paper towels and with circular motion move from the outside towards the center.
4.1.6 Let stand for 30 minutes.
4.1.7 Clean up paper towels and place them in a yellow biohazard bag.
4.1.8 Disinfect contaminated surface with appropriate disinfectant and wipe with additional paper towels. Place paper towels in a yellow biohazard bag.

4- الإجراءات:

4.1 الانسكاب البسط

4.1.1 إذا كان الانسكاب في مكان عام مثل ممر، قم بتحذير الآخرين لمغادرة المكان وابدأ في التنظيف فوراً.
4.1.2 استخدم معدات الحماية الشخصية الملائمة (معطف المختبر، والقفازات، والدرع الحامي للوجه أو النظارات واقية، الخ).
4.1.3 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور وتخلص منه في وعاء المواد الحادة.
4.1.4 قم بتغطية الانسكاب بمناشف ورقية لتجنب الرش خلال إضافة مطهر.
4.1.5 قم برش مطهر على المناشف الورقية مع التحريك حركة دائرية من الخارج نحو الوسط.
4.1.6 اتركه لمدة 30 دقيقة.
4.1.7 قم بتنظيف المناشف الورقية ووضعها في الأكياس الصفراء.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Biological spill control التعامل مع الانسكاب البيولوجي	**Page 2 of 3**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-010EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-010EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.1.9 Wash hands.

4.2 **Large Biological Spill** (possible aerosol formation)

4.2.1 Any individual involved in the clean-up of a spill must determine the nature of the spill and the appropriate clean-up procedure before beginning clean-up.
4.2.2 Hold breath, alert others, leave the area and close the door.
4.2.3 If the spill is in a public area such as a corridor, warn others to leave
4.2.4 After 30 minutes, when aerosols have settled, enter the area to begin cleanup.
4.2.5 Obtain the spill control materials.
4.2.6 Use appropriate PPE (gloves, gowns, face shield or goggles, footwear).
4.2.7 For high-risk agents, a N95 mask should be used.
4.2.8 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass and discard into a sharp's container.
4.2.9 Cover the spill with disposable absorbent material (paper towels or spill control pillows) or encircle the spill to prevent spreading.
4.2.10 After absorption of the liquid, discard contaminated material into a yellow biohazardous bag.
4.2.11 Follow disinfection procedure as for a small spill.
4.2.12 Inform the Supervisor or designate. Document the spill on the Incident Form.

IN ALL INSTANCES, IF IT HAS BEEN DETERMINED BY THE PERSON IN CHARGE THAT A SPILL CANNOT BE HANDLED IN A SAFE, COMPETENT MANNER BY THE CENTER STAFF, OR, IF THE NATURE OF THE SUBSTANCE CANNOT BE DETERMINED, THE USER DEPARTMENT CALL THE OPERATOR TO ACTIVATE CODE ORANGE IN ORDER TO OBTAIN THE ASSISTANCE OF THE EMERGNECY RESPONSE TEAM.

INDICATE: CODE Orange
m THE TYPE OF SPILL (IF KNOWN)
m THE LOCATION OF THE SPILL
m THE NAME OF THE PERSON IN CHARGE IN THE USER DEPARTMENT

4.1.8 قم بتطهير السطح ملوث بالمواد المطهرة المناسبة والمسح بمناشف ورقية إضافية. ضع المناشف الورقية في الأكياس الصفراء.
4.1.9 قم بغسل الأيدي.

4.2 **الانسكاب البيولوجي الكبير** (تكون الهباء الجوي).

4.2.1 يجب على أي فرد مشترك في تنظيف انسكاب وبقعة من تحديد طبيعة التسرب والطريقة المناسبة للتنظيف قبل البدء في التنظيف.
4.2.2 قم بحبس الأنفاس، وتحذير الآخرين، ومغادرة المنطقة واغلاق الباب.
4.2.3 إذا كان الانسكاب في مكان عام مثل ممر، يحذر الآخرون إلى ضرورة المغادرة.
4.2.4 بعد 30 دقيقة، بعد استقرار الهباء، قم بدخول المنطقة للبدء في عملية تنظيف.
4.2.5 أحضر مواد التعامل مع الانسكاب.
4.2.6 استخدم معدات الحماية الشخصية المناسبة (قفازات، معاطف، درع الوجه أو النظارات واقية، والأحذية).
4.2.7 للمواد عالية الخطورة يجب ارتداء قناع N95
4.2.8 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور والتخلص منه في وعاء المواد الحادة.
4.2.9 قم بتغطية الانسكاب بمادة ماصة يمكن التخلص منها (المناشف الورقية أو وسائد الانسكاب) أو محاصرة الانسكاب لمنع الانتشار.
4.2.10 بعد امتصاص السائل، قم بالتخلص من المواد الملوثة في حقيبة النفايات الصفراء.
4.2.11 قم باتباع إجراءات التطهير كما في الانسكاب الصغير.
4.2.12 قم بإبلاغ المشرف وتوثيق الانسكاب على تقرير الابلاغ عن الحادث.

في جميع الحالات، إذا كان قد تم التحديد من قبل الشخص المسؤول أنه لا يمكن معالجة التسرب بطريقة آمنه وصحيحة من قبل موظفي المركز، أو في حالة عدم التمكن من تحديد طبيعة المادة، وسوف تقوم الإدارة المستخدمة بالاتصال بالسنترال لتنشيط النداء البرتقالي من أجل الحصول على المساعدة من فريق الطوارئ.

الاشارة: النداء البرتقالي.
نوع التسرب أو الانسكاب.
مكان الانسكاب
اسم الشخص المسئول في هذا القسم.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Biological spill control التعامل مع الانسكاب البيولوجي	**Page 3 of 3**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-010EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-010EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The Laboratory Director, Head of the Department and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين وخاضعة للمساءلة لمراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada.

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Lab Power Failure انقطاع التيار الكهربائي بالمختبر	Page 1 of 5
Department: LAB		Replaces No.: LB-IPP-009EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 This policy enables all staff to know what their role will be during a power failure.

1- الغرض:

1.1 هذه السياسة تمكن جميع الموظفين لمعرفة ما سيكون دورهم خلال انقطاع التيار الكهربائي.

2- DEFINITIONS:

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French sauf), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2- التعريفات:

1.2 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شي يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

3- POLICY:

3.1 It is the policy of laboratory department to have adequate knowledge of the procedure to be done in case of power failure

3- السياسات:

1.3 تتضمن سياسة قسم المختبران تكون لديهم المعرفة الكافية للإجراء الذي يتعين القيام به في حالة انقطاع التيار الكهربائي.

4- **PROCEDURES**:

Types of Power Failure	Description
Level I Failure	Electro supply to The center has been interrupted, **AND** • The center's Emergency Generators have started and are providing **SOME** power to critical systems and equipment. • Black Electrical outlets do not work. • Red Electrical outlets are working. • Some ceiling lights (about 1/3) are on. • All phones are working
Level II Failure	Electro supply to The center has been interrupted **AND** • **NONE** of the center's Emergency Generators have started or they have stopped working, resulting in **NO POWER** available throughout the center. • Battery Pack Emergency Lights and Systems Supplied with Back-Up: Battery Systems such as Computer Uninterruptible Power Supplies will work for limited duration. Neither Black nor Red Electrical Outlets work. • All ceiling lights are off. • Overhead speaker system has a battery backup, will operate for about 30 minutes • Phones system has a UPS (Battery backup) that will operate for about 30 minutes.

4- **الإجراءات**:

أنواع انقطاع التيار الكهربي	الوصف
إخفاق المرحلة (1)	قد انقطعت إمدادات الطاقة الكهربائية إلى المركز، و 1. بدأ عمل مولدات الطوارئ للمركز ويتم توفير بعض الطاقة لأنظمة ومعدات الهامة. 2. المنافذ الكهربائية السوداء لا تعمل. 3. المنافذ الكهربائية الحمراء تعمل. 4. بعض أضواء السقف (حوالي 3/1) مضاءة. 5. جميع التليفونات تعمل.
إخفاق المرحلة (2)	قد انقطعت إمدادات الطاقة الكهربائية الى المركز، و: • لم تبدأ أياً من مولدات الطوارئ بالعمل أو توقفت عن العمل، مما يؤدي إلى عدم توفر طاقة في المركز. • حزمة البطارية تصل إضاءة طوارئ والأنظمة الموردة بالاحتياطي: نظام البطاريات، ستعمل ممددات الطاقة لمدة محددة. لن تعمل منافذ الكهرباء الحمراء أو السوداء. • ستطفئ أضواء الاسقف. • نظام مكبر الصوت المحمول قد يحتوي على بطارية احتياطية، وسوف تعمل لمدة 30 دقيقة تقريبا. • الهواتف لديها نظام UPS (البطارية الاحتياطية) التي من شأنها أن تعمل لمدة 30 دقيقة تقريبا.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Lab Power Failure انقطاع التيار الكهربائي بالمختبر	Page 3 of 5
Department: LAB		Replaces No.: LB-IPP-009EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

HOW TO IDENTIFY THE EXTENT OF A POWER FAILURE

كيفية تحديد مدى حدوث انقطاع الكهرباء

Level 1 Failure	If **SOME** of the ceiling lights come back on the following conditions will confirm a Level I Failure: • Any equipment or appliance plugged into a **BLACK** outlet **DOES NOT WORK** • Any equipment or appliance plugged into a **RED** outlet **WILL WORK**
Level II Failure	If None of the ceiling lights come back on the following conditions will confirm a Level II Failure: • Equipment or appliances plugged into a **BLACK OR RED** outlet will **NOT WORK** (unless there is a battery back-up/UPS associated with it) • Battery pack type emergency lights come on • NOTE: The best indication that a The center Wide Power Failure has occurred is: **A.** All Ceiling Lights go off for more than 3 SECONDS

إذا كانت بعض أضواء السقف تعود في الحالات التالية ستتأكد المستوى الأول للإخفاق: • أي معدات أو أجهزة موصلة بمنفذ الكهرباء الأسود لن يعمل. • الأجهزة الموصلة بالمنافذ الحمراء ستعمل.	**إخفاق المرحلة (1)**
وإذا كان أي من أضواء السقف لا يعود في الحالات التالية سيؤكد المستوى الثاني **للإخفاق:** • المعدات والأجهزة الموصلة بالمنفذ أسود أو أحمر لن تعمل (ما لم يكن هناك back-up/UPS بطارية المرتبطة بها). • تقوم البطارية بإعادة تشغيل أنوار الطوارئ. • ملحوظة: أوضح دليل على حدوث إخفاق شديد في طاقة للمركز: أ. انقطاع أنوار السقف لأكثر من ثلاث ثواني.	**إخفاق المرحلة (2)**

RECOMMENDED ACTION IF YOU SUSPECT A POWER FAILURE

1. Immediately inform Locating that your area has experienced a Power Failure.
2. Give your location, Area/Department/Floor **AND**
3. Describe the extent of the Power Failure (e.g. all or some lights off, all or some equipment off, nothing works, only some lights have come back on. etc.).
4. Locating will determine if this is a **LOCAL** or at **THE CENTER-WIDE** Power Problem based on the number of calls and their location.
5. If only a single area reports a problem, Locating may conclude it is a local problem and will dispatch Building Services personnel to your Area/Department/Floor.

التحرك الموصي به إذا كنت تشك في انقطاع التيار الكهربائي

1. يبلغ فورا أن الموقع الذي أنت فيه شهد انقطاع التيار الكهربائي.

2. يعطي الموقع الخاص بك، المنطقة / القسم / الدور و

3.قم بوصف مدى قوة هذا الإخفاق (لا شيء يعمل، قد تأتي فقط بعض الأضواء مرة أخرى، الكل أو بعض الأضواء انقطعت ...الخ).

4. تحديد الموقع يساعد في تحديد ما إذا كانت مشكلة الانقطاع في منطقة معينة أو مشكلة الطاقة مشكلة مركزية استنادا إلى عدد المكالمات ومواقعها.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Lab Power Failure انقطاع التيار الكهربائي بالمختبر	Page 4 of 5
Department: LAB		Replaces No.: LB-IPP-009EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

If multiple reports are received in Locating from different floors (along with certain conditions that are evident in the Communications Room), they will initiate the Power Failure Plan as per THE CENTER policy.

5. إذا أبلغت منطقة واحدة عن هذه المشكلة فتعتبر مشكلة محلية وستوجه المساعدة لهذه المنطقة.

6. إذا تم الإبلاغ عن هذه المشكلة من أكثر من مكان سيبدأ العمل بخطة إخفاق الطاقة وفقاً لسياسة المركز.

ROLE OF THE CENTER LABORATORY DEPARTMENT UPON HEARING THE ANNOUNCEMENT OF POWER FAILURE PLAN

During Weekdays (Sundays to Thursday 0800-1600 hours) on hearing the announcement:

- All staff are to report to their respective clinical areas.
- Any procedure that is dependent on electricity should be postponed or discontinued, if possible.
- Any meetings that are taking place should be adjourned and staff should report to their respective Area/Department/Floor.
- The person in charge of the department will:
  - a) Assess the impact of the power problem on patients in consultation with the appropriate administrative or facility staff as appropriate
  - b) Assess the impact of the power problem on the service;
  - c) If assistance is required, call maintenance department to indicate that you need staff, equipment, supplies, etc.;

دور المختبر المركزي عند سماع الإعلان عن خطة انقطاع الكهرباء

خلال أيام الأسبوع (من الأحد إلى الخميس 0800-1600 ساعة) عند سماع الإعلان:

1. على الموظفين إبلاغ أقسامهم الطبية.

2. وينبغي أن يتم تأجيل أي إجراء يعتمد على الكهرباء أو وقفها، إذا كان ذلك ممكنا.

3. وينبغي تأجيل الاجتماعات التي تجري والموظفين يجب أن يبلغوا أقسامهم ومناطق عملهم.

4. الشخص المسئول عن القسم سوف:
أ. تقييم الآثار المترتبة على مشكلة الطاقة على المرضى وذلك بالتشاور مع الموظفين المناسبين إدارية أو منشأة حسب الاقتضاء.
ب. تقييم الآثار المترتبة على مشكلة الطاقة على الخدمة؛
ج. في حالة طلب المساعدة اتصل على قسم الصيانة. تكون على استعداد للإشارة إلى ما تحتاجه من الموظفين والمعدات واللوازم.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The Laboratory Director and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين وخاضعة للمساءلة لرصد وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Lab Power Failure انقطاع التيار الكهربائي بالمختبر	Page 5 of 5
Department: LAB		Replaces No.: LB-IPP-009EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

7 - REFERRANCES ((المراجع):

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2 CBAHI Resource Manual 7.2 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.3 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards 7.3 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Laboratory Quality Management Program برنامج ادارة الجودة بالمختبر	Page 1 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-002EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-002EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 Ensure conformance to the requirements of patients and physicians who are the ultimate laboratory users or customers.

1.2 Ensure implementation of all quality laboratory processes, their assessment, improving and planning.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Conformance** means commitment of all laboratory personnel to the requirements and elements of quality assurance program.

2.2 **Organization**: The laboratory is an organization in the center system that is headed by administrator. Departmental doctors, section managers and line workers of all laboratory processes constitute the skeleton of laboratory chart.

2.3 **IPT**: Internal Proficiency Testing.

2.4 **EPT**: External Proficiency Testing.

3- POLICY:

3.1 All quality laboratory processes should be documented.

3.2 This includes all processes and sub-processes that take place from time of initial laboratory request for a test to the time of its final interpretation.

3.3 Good technical procedures and attention to the most susceptible one to error should be given most attention.

3.4 Any error in specimen's acquisition, processing, analysis and reporting will invalidate the lab results and allow the lab to fall short of its quality.

3.5 All Laboratories must have adequate space, equipment, materials, supplies, staffing, supervision and budgetary resources.

1- الغرض:

1.1 ضمان التوافق مع متطلبات المرضى والأطباء الذين هم من المستخدمين الرئيسين للمختبر والعملاء.

1.2ضمان تنفيذ جميع عمليات المختبر بجودة ، وتقييمهم، وإجراء التحسين والتخطيط.

2- التعريفات:

1.2 التوافق يعني التزام جميع العاملين في المختبرات بمتطلبات وعناصر برنامج ضمان الجودة.

2.2 المنظمة: المختبر هو منظمة في منظومة المركز الذي يرأسه المسؤول. أطباء الأقسام، والمديرين والعاملين من جميع العمليات المختبرية يشكلوا الهيكل الرئيسي من الهيكل التنظيمي للمختبر.

3.2 IPT: اختبار الكفاءة الداخلية

4.2 EPT: اختبار الكفاءة الخارجية

3- السياسات:

3.1 ينبغي توثيق جميع عمليات الجودة بالمختبر.

3.2 يشمل هذا جميع العمليات والعمليات الفرعية التي تجري من وقت ارسال الطلب الولي الى المختبر لأجراء اختبار وحتى وقت تفسير النتائج.

3.3 ينبغي اعطاء أكبر قدر من الاهتمام للإجراءات التقنية الجيدة والاهتمام بالأكثر عرضة للخطأ.

3.4 أي خطأ في سحب العينة وعمل الاختبار وتحليلها وابلاغ النتيجة يبطل نتائج المختبر، ويعرض المختبر للتقصير في الجودة.

3.5 يجب على جميع المختبرات ان تتوفر فيها المساحة كافية والمعدات

Applied to: **All Lab Staff** **جميع العاملين بالمختبر**	**Title: Laboratory Quality Management Program** **برنامج ادارة الجودة بالمختبر**	**Page 2 of 3**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-002EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-002EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.6 All personnel in the laboratory organization must be committed to and be key persons in enforcing quality.

3.7 All line workers in the processes and sub-processes must be technically competent for high quality services.

3.8 All members of the organization must have educational background and experience in all laboratory processes.

3.9 Problem solving mechanisms must be implemented to have a feedback loop that responds to an error signal, reduce its size and prevent its recurrence.

3.10 Pre-analytical variables should be controlled.

3.11 Quality control programs must be enforced and followed strictly.

4- PROCEDURES:

4.1 CONTROL OF PRE-ANALYTICAL VARIABLES:

4.1.1 Test requests whether ER and routine are monitored.

4.1.2 Patients are prepared before specimen collection according to the test requested.

4.1.3 Patients are then identified before specimen collection

4.1.4 Specimen acquisition (collection, transport and TAT) is documented and monitored periodically to ensure compliance.

4.1.5 Specimen separation, preparation of work lists and logs are then carried out.

4.1.6 Records of maintenance are filed.

4.2 CONTROL OF ANALYTIC PROCESSES:

4.2.1 Instrument daily, weekly, monthly and bi-annually maintenance is followed strictly.

4.2.2 Daily calibration if required or whenever due is carried out to monitor machine or instrument performance and to ensure good standard curves.

4.2.3 Avoid specimen mix-up and incorrect volume of specimens.

والمواد والإمدادات والموظفين، والإشراف وموارد الميزانية.

3.6يجب أن يلتزم جميع العاملين في المختبر وأن يكونوا الأشخاص الرئيسيين في تطبيق الجودة.

3.7 يجب على جميع العاملين في خط العمليات والعمليات الفرعية أن يكونوا كفء من الناحية الفنية لتقديم خدمات ذات جودة عالية.

3.8 يجب على جميع أعضاء المنظمة أن يكون لديهم خلفية تعليمية وخبرة في جميع العمليات المختبرية.

3.9 يجب تنفيذ آليات حل المشكلة ليكون لدينا حلقة رد الفعل التي تستجيب للخطأ، والحد من حجمه ومنع تكراره.

3.10 يجب السيطرة على المتغيرات ما قبل مرحلة التحليل.

3.11 يجب أن تفرض برامج لمراقبة الجودة ويتم مراقبتها بدقة.

4- الإجراءات:

4.1التحكم في المتغيرات ما قبل مرحلة التحليل:

4.1.1 يتم مراقبة طلبات الاختبار سواء كان طلب من الطوارئ أو روتيني.

4.1.2 يتم تحضير المرضى قبل جمع العينات للاختبار المطلوب.

4.1.3 يتم التعرف على المرضى قبل جمع العينات.

4.1.4 يتم توثيق ومراقبة الحصول على العينات (جمعها، نقلها، ووقت دوران الفحص) بشكل دوري لضمان الالتزام.

4.1.5 تتم بعد ذلك فصل العينات وتحضيرها، وإعداد قوائم وسجلات العمل بها.

4.1.6 يتم تعبئة سجلات الصيانة.

4.2التحكم في عمليات مرحلة التحليل:

4.2.1 يتم عمل صيانة الأجهزة يومية وأسبوعية وشهرية وصيانة مرتين سنويا بشكل صارم.

4.2.2 تتم المعايرة يوميا إذا تطلب الأمر أو كلما أوجب لمراقبة أداء الآلات أو الأدوات، وضمان مستويات انحناء جيد.

4.2.4 Run QCs daily to monitor the reagents and kits used as in IPT policy.

4.2.5 External quality testing is carried out as in EPT policy.

4.3 CONTROL OF POST-ANALYTICAL PROCESSES:

4.3.1 Refer to result reporting policy.

4.2.3 تجنب خلط العينات والعينات الغير كافية.

4.2.4 قم بعمل اختبارات الجودة يومياً لمراقبة الكواشف والمجموعات المستخدمة كما في سياسة اختبار الكفاءة الداخلي.

4.2.5 يتم عمل اختبار خارجي للجودة كما في سياسة اختبار الكفاءة الخارجي.

4.3 التحكم في عملية ما بعد التحليل:

4.3.1 ارجع الى سياسة تبليغ النتائج.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 All members of the laboratory are responsible for implementation of the program each one in his site of work.

5- المسئوليات:

1.5 جميع العاملين بالمختبر مسؤولون عن تطبيق هذا البرنامج كل في مكان عمله.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Tietze clinical chemistry 2008.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Laboratory Quality Indicators مؤشرات الجودة بالمختبر	**Page 1 of 5**
Department: LAB	**Policy Number:** Laboratory Quality Indicators (2)	**Replaces No.:** Laboratory Quality Indicators (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To define a set of laboratory indicators, utilize them to monitor performance, define reality and magnitude of problems, monitor their use and plan to solve problems and improve the performance.

1- الغرض:

1.1 لتحديد مجموعة من المؤشرات المختبرية، والاستفادة منها لمراقبة أداء، وتحديد واقع وحجم المشاكل، ومراقبة استخدامها ووضع خطة لحل المشاكل وتحسين الأداء.

2- DEFINITIONS:

2.1 **QI**: Quality Improvement.

2.2 **TQM**: Total Quality Management.

2.3 **TAT**: Turn Around Time.

2.5 **IPT**: Internal Proficiency Testing.

2.6 **EXP**: External Proficiency Testing.

2.9 **SD**: Standard Deviation.

2- التعريفات:

2.1 **QI**: تحسين الجودة.

2.2 **TQM**: إدارة الجودة الشاملة.

2.3 **TAT**: وقت دوران الفحص.

2.4 **IPT**: اختبار الكفاءة الداخلية.

2.5 **EXP**: اختبار الكفاءة الخارجية.

2.6 **SD**: الانحراف المعياري

3- POLICY:

3.1 All laboratory indicators must be defined.

3.2 All indicators should be monitored regularly and as needed.

3.3 Incident reports received by the lab should be delivered to the lab director to respond and to follow the compliance of corrective actions.

3.4 All monthly reports of IPT from all sections and satellite labs should be approved by the laboratory medical director and general director.

3.5 A monthly report of quality program activities should be reported to TQM by the lab director.

3.6 All corrective actions of indicators should be monitored by the quality designee.

3- السياسات

3.1 يجب أن يتم تعريف جميع المؤشرات المعملية.

3.2 ينبغي مراقبة جميع المؤشرات بشكل منتظم وحسب الحاجة.

3.3 ينبغي تسليم تقارير الأحداث التي يتلقاها المختبر إلى مدير المختبر للرد ومن ثم متابعة الامتثال للإجراءات التصحيحية.

3.4 ينبغي أن تتم الموافقة على جميع التقارير الشهرية من اختبارات الكفاءة الداخلية من جميع الأقسام من قبل مدير المختبر.

3.5 ينبغي الإبلاغ عن التقرير الشهري لأنشطة برنامج الجودة لإدارة الجودة الشاملة من قبل مدير المختبر.

3.6 ينبغي مراقبة جميع الإجراءات التصحيحية من المؤشرات عن طريق منسق الجودة.

4- PROCEDURES:

4.1 INDICATORS AND MONITORING ACTIVITIES:

4.1.1 Turnaround time is defined as the analytical and post-analytical phase only. This indicator is measured

4- الإجراءات

4.1 المؤشرات وأنشطة المراقبة:

4.1.1 يتم تعريف وقت دوران الفحص بالمرحلة التحليلية وما بعد التحليلية. ويتم قياس هذا المؤشر من وقت استلام العينة

from the time the specimen is received by lab till the time of releasing the results by approval.

4.1.2 TAT target is the time stated in laboratory service guide.

4.1.3 The total numbers of requests are assigned first and TAT is determined as in the definition.

4.1.4 Analysis of data is carried out by exclusion of outliers and then all numbers within the target are statistically analyzed by a mean and standard deviation.

4.1.5 All data should be reviewed and approved by the lab director.

4.2 SATISFACTION SURVEYS:

4.2.1 **Patients'** satisfaction surveys concerning the **process** of phlebotomy and other related services are conducted periodically and the results are analyzed. Any complaint should be analyzed for magnitude and root because analysis is carried out to avoid recurrence. The process is carried out through a questionnaire distributed to patients before and after the phlebotomy process.

4.2.2 **Customer or physician** satisfaction surveys are distributed to an assigned number of physicians through a questionnaire including all lab services information, clearance and results reporting processes. The questionnaires are then collected and analyzed to get feedback and to analyze problems and do corrective actions.

4.3 ADVERSE INCIDENTS DATA COLLECTION AND ANALYSIS:

4.3.1 Adverse Incidents are defined as any accident, report or oral complaint that describes the deviation from the approved policies and procedures.

4.3.2 Incident report received by the lab is delivered to lab director to discuss with section heads.

4.3.3 Review of the collected data and possible quality improvement projects will be discussed at the monthly department meeting as an agenda item.

4.3.4 Summaries of corrective actions are forwarded to the center TQM department.

4.4 PROFICIENCY TESTING (IPT and EPT):

4.4.1 Monitoring the results of proficiency testing for trends and shifts demonstrates the effectiveness of the quality control program and may identify

من قبل المختبر وحتى وقت الابلاغ عن النتائج عن طريق اعتمادها.

4.1.2 وقت دوران الفحص المستهدف هو الوقت المذكور في دليل خدمات المختبر.

4.1.3 يتم تعيين العدد الإجمالي للطلبات أولاً ويتم تحديد وقت دوران الفحص كما في التعريف.

4.1.4 يتم تحليل البيانات من قبل استبعاد القيم المتطرفة وبعد ذلك كل الأرقام الداخلة يتم تحليلها إحصائيا عن طريق المتوسط والانحراف المعياري.

4.1.5 ينبغي مراجعة جميع البيانات واعتمادها من قبل مدير المختبر.

4.2 استبيانات الرضا:

4.2.1 تجرى استطلاعات رضا المرضى بشأن عملية سحب الدم والخدمات الأخرى ذات الصلة بشكل دوري ويتم تحليل النتائج. وينبغي تحليل أي شكوى لمعرفة حجمها ويتم عمل تحليل الأسباب الجذرية لتجنب تكرارها. تتم هذه العملية من خلال استبيان يوزع على المرضى قبل وبعد عملية سحب الدم.

4.2.2 يتم توزيع استطلاعات رضا العميل أو الطبيب إلى العدد الذي يتم تعيينه من الأطباء من خلال استبيان بما في ذلك جميع خدمات المختبر والمعلومات والابلاغ عن النتائج. ثم يتم جمع الاستبيانات وتحليلها للحصول على تغذية مرتدة، وتحليل المشاكل والقيام بالإجراءات التصحيحية.

4.3 جمع بيانات الأحداث العارضة وتحليلها:

4.3.1 الأحداث العارضة كما تم تعريفها أنها أي حادث أو أي تقرير أو شكوى شفوية تصف الانحراف عن السياسات والإجراءات المعتمدة.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Laboratory Quality Indicators مؤشرات الجودة بالمختبر	Page 3 of 5
Department: LAB	Policy Number: Laboratory Quality Indicators (2)	Replaces No.: Laboratory Quality Indicators (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

opportunities for corrective actions and improvement.

4.4.2 IPT daily documents are reviewed by the section supervisor and approved by lab director after corrective actions if there is any.

4.4.3 QC charts should be monitored routinely for trends and shifts to figure out any earlier violations from Westgard rules utilized by the whole lab and to do the corrective actions.

4.4.4 Westgard rules utilized are one point more than 2SD, one point more than 3SD and 4 points more than 1SD.

4.4.5 A cumulative summary of the laboratory proficiency results is maintained by lab director and if possible posted on the "proficiency bulletin board" in the lab hallway.

4.4.6 External Proficiency Testing (EPT): refer to EPT policy.

4.5 COMPETENCY TESTING:

4.5.1 All laboratory staff are trained for 3 months when they are employed.

4.5.2 A competency test is carried out by the section supervisor at the end of this period after which he works under supervision to carry out all testing procedure and laboratory interpretation. His competency testing is recorded and renewed annually.

4.6 ACTION AND RESOLUTION:

4.6.1 For improvement the FOCUS-PDCA approach is selected to solve problems.

4.6.2 Departmental problems: the laboratory will develop a QI project and organize a team composed of representatives from the affected areas. The QI team's progress will be reported to Laboratory administration as required. QI Coordinator will facilitate the team and provide training on the required PI tools as needed.

4.7 EVALUATION:

4.7.1 The laboratory will submit an annual assessment of quality activities including identification of areas that require improvement. Information on all QI activities is to be included.

4.3.2 يتم تسليم تقرير الأحداث التي وردت إلى المختبر لمدير المختبر لمناقشتها مع رؤساء الأقسام.

4.3.3 تتم مناقشة البيانات التي تم جمعها وامكانية عمل مشاريع تحسين الجودة في الاجتماع الشهري للقسم كبند في جدول الأعمال.

4.3.4 ترسل ملخصات للإجراءات تصحيحية لإدارة الجودة الشاملة.

4.4 اختبار الكفاءة (الداخلي والخارجي):

4.4.1 مراقبة نتائج اختبار الكفاءة لاكتشاف الاتجاهات والتحولات يدل على فعالية برنامج مراقبة الجودة، ويمكن تحديد الفرص المتاحة لاتخاذ الإجراءات التصحيحية والتحسين.

4.4.2 تتم مراجعة وثائق اختبار الكفاءة الداخلي يومياً من قبل المشرف على القسم واعتمادها من قبل مدير المختبر بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية إذا كان هناك أياً منها.

4.4.3 ينبغي مراقبة منحنيات مراقبة الجودة بصورة روتينية للاتجاهات والتحولات لمعرفة أي انتهاكات في وقت سابق من قواعد وستجارد التي يستخدمها المختبر والقيام بالإجراءات التصحيحية.

4.4.4 قواعد وستجارد التي يتم استخدامها هي نقطة واحدة أكثر من 2 انحراف معياري ونقطة واحدة أكثر من 3 انحراف معياري و4 نقاط أكثر من انحراف معياري واحد.

4.4.5 يتم حتف ملخص النتائج التراكمية لاختبار الكفاءة بالمختبر من قبل مدير مختبر وإذا كان ذلك ممكنا نشر ه على الحائط في الردهة الرئيسية للمختبر.

4.4.6 اختبار الكفاءة الخارجية: ارجع الى سياسة اختبار الكفاءة الخارجية.

4.5 اختبار كفاءة العاملين:

4.5.1 يتم تدريب جميع موظفي المختبر لمدة 3 أشهر عند بداية عملهم.

4.5.2 يتم عمل اختبار الكفاءة من قبل المشرف على القسم في نهاية هذه الفترة يعمل بعدها تحت الإشراف لتنفيذ كل

4.7.2 Semi-annual incident report summaries will be presented to the department meetings.

4.7.3 Laboratory department director will perform an annual assessment of the quality Plan. Revisions will be made as needed to maintain alignment with PHC plan, mission and goals.

التجارب المعملية وتفسيرها. ويتم توثيق اختبار الكفاءة ويجدد سنوياً.

4.6 العمل والقرار:

4.6.1 يتم التحسين باتباع منهجية PDCA-FOCUS لحل المشاكل.

4.6.2 مشاكل المختبر ستعمل على تطوير مشروع تحسين وتنظيم فريق يتألف من ممثلين من المناطق المتضررة. وسوف يقدم تقرير تقدم للفريق لإدارة المختبر على النحو المطلوب. وسوف يقوم منسق الجودة بتسهيل عمل الفريق وتوفير التدريب على أدوات تحسين الأداء المطلوبة حسب الحاجة.

4.7 التقييم:

4.7.1 المختبر يقدم التقييم السنوي لأنشطة الجودة بما في ذلك تحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين. ويتم ادراج معلومات عن جميع أنشطة تحسين الجودة.

4.7.2 يتم تقديم تقرير نصف سنوي لتقارير الأحداث إلى اجتماعات القسم.

4.7.3 يقوم مدير قسم المختبر بإجراء تقييم سنوي لخطة الجودة. وسوف تتم التقيحات حسب الحاجة للحفاظ على التوافق مع خطة المركز ورسالته وأهدافه.

5- <u>RESPONSIBILITIES</u>

5.1 Laboratory Director.
5.2 Quality improvement coordinator.
5.3 All laboratory staff.

5- <u>المسئوليات</u>:

5.1 مدير المختبر.
5.2 منسق تحسين الجودة.
5.3 جميع موظفي المختبر.

6- FORMS: — **6- النماذج:**

6.1 N/A — **1.6** لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CBAHI resource manual

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Equipment safety سلامة الأجهزة	**Page 1 of 5**
Department: LAB	**Policy Number:** LB-IPP-007EA (2)	**Replaces No.:** LB-IPP-007EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 A program of preventative maintenance including function and safety will ensure proper equipment safety.

1- الغرض:

1.1 برنامج الصيانة الوقائية المتضمن للوظائف والسلامة يضمن حسن سلامة الأجهزة.

2- DEFINITIONS:

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French sauf), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2- التعريفات:

1.2 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شي يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

3- POLICY:

3.1 It is the policy of laboratory department to have adequate knowledge of the various types of equipment used including operation, maintenance and initial troubleshooting. New, modified, or repaired equipment shall be checked for safe operation before being placed into service.

3- السياسات:

1.3 سياسة قسم المختبر أن يكون لديهم معرفة كافية عن مختلف أنواع الأجهزة المستخدمة بما في ذلك الصيانة والتشغيل واكتشاف الاعطال وإصلاحها الأولي. يجب فحص الأجهزة المعدلة، المصلحة، والجديدة لضمان عملها بشكل آمن قبل أن يتم وضع الأجهزة في الخدمة.

4- PROCEDURES:

4.1 General Principles of Equipment Safety

4.1.1 Reasonable efforts should be made to ensure that all equipment has appropriate safety features and that such features are properly utilized.

4- الإجراءات:

4.1 المبادئ العامة لسلامة الأجهزة:

4.1.1 ينبغي بذل جهود معقولة لضمان أن جميع الأجهزة تمتاز بالسلامة المناسبة، ويتم استخدام هذه المزايا بشكل صحيح ومناسب.

4.1.2 A program of preventative maintenance including function and safety checks should be developed and monitored as appropriate for all equipment.

4.1.3 The choice of location for an equipment should consider also its environmental implications (noise, fume / vapor generation etc.).

4.1.4 Consider safety, cleaning and maintenance requirements prior to purchase.

4.1.5 Review and follow manufacturers' instructions to ensure proper set-up.

4.1.6 Establish and maintain preventive maintenance schedules as per manufacturers' recommendations.

4.1.7 Keep complete and detailed service records for each piece of equipment.

4.1.8 Decontaminate all equipment appropriately prior to servicing.

4.2 SPECIFIC EQUIPMENT

4.2.1 Centrifuges

- Use only centrifuges with sealed centrifuge buckets / compartment / rotors. Use the safety buckets in the correct manner.
- Do not operate centrifuges in a biological safety cabinet because the motor may produce strong air currents and turbulence, which may disrupt the laminar air flow.
- Clean inside of bowl daily and document.
- Procedure for handling a broken tube

a) Do not open centrifuge for 30 min if centrifuge does not have sealed buckets / compartment

4.1.2 ينبغي وضع برنامج الصيانة الوقائية بما في ذلك الفحص والتأكد من الوظائف والسلامة ورصدها على النحو المناسب لجميع الأجهزة.

4.1.3 ينبغي عند اختيار موقع لأحد الأجهزة أيضا أن تنظر في انعكاساته على البيئة (الضوضاء، الأبخرة).

4.1.4 يجب النظر في السلامة، والنظافة ومتطلبات الصيانة قبل الشراء.

4.1.5 قم بمراجعة وإتباع تعليمات الشركات المصنعة لضمان التركيب بشكل مناسب.

4.1.6 قم بإنشاء واتباع جداول الصيانة الوقائية وفقا لتوصيات الشركة المصنعة.

4.1.7 قم بالاحتفاظ بسجلات خدمة كاملة ومفصلة عن كل قطعة من الأجهزة.

4.1.8 قم بتطهير جميع الأجهزة قبل الاستعمال بشكل مناسب.

4.2 الأجهزة الخاصة

4.2.1 أجهزة الطرد المركزي

- استخدم فقط جهاز طرد مركزي الذي يحتوي على سطل/ المقصورة/ الدوارات مغلقة بأحكام. استخدام سطل السلامة بالطريقة الصحيحة.
- لا تقم بتشغيل أجهزة الطرد المركزي في كابينة السلامة البيولوجية لأن المحرك قد ينتج تيارات هواء قوية واضطراب، الأمر الذي قد يعطل تدفق الهواء الصفحي.
- قم بتنظيف الوعاء داخلياً يومياً وقم بتسجيل ذلك.
- إجراءات التعامل مع الأنبوب المكسور.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Equipment safety سلامة الأجهزة	Page 3 of 5
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-007EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-007EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

b) Open sealed centrifuge bucket in biological safety cabinet

c) Wearing nitrile gloves, remove unbroken tubes and wipe exterior with hypochlorite. Remove broken glass with forceps and discard into sharps container

d) Soak bucket / rotor in non-corrosive disinfectant. Disinfect centrifuge parts with a non-corrosive disinfectant. (Varix 5)

4.2.2 Water baths

- Unplug before filling or emptying.
- Clean on a regular basis and document
- Check continuity of the ground on a regular basis and document
- Take steps to minimize generation of aerosols

a) Open in biological safety cabinet

b) Filter vacuum pump exhaust where appropriate

4.2.3 Pipetting devices

- Clean and disinfect pipettes and pipetting aids when contaminated and on a regular basis.
- Shorter pipettes may be helpful for work in a biological safety cabinet.
- Use appropriate pipetting aids and use in the correct manner

4.2.4 Microscopes

- Wipe the stage, eyepieces and focus adjustment controls with an appropriate disinfectant routinely and in the event of spills or contamination.

a) لا تقم أبدا بفتح أجهزة الطرد المركزي لمدة 30 دقيقة في حالة ان جهاز الطرد المركزي لا يحتوي على سطل مغلق.

b) قم بفتح سطل الطرد المركزي في كابينة السلامة البيولوجية.

c) قم بارتداء قفازات النتريل، وإزالة الأنابيب الغير منكسرة والمسح الخارجي بمادة هيبوكلوريت 1 ٪. إزالة الزجاج المكسور بالملقط والتخلص من هذا الزجاج في حاوية الأدوات الحادة.

d) قم بنقع السطل / الدوار في مطهر غير كاوي. وتطهير أجزاء جهاز الطرد المركزي بمطهر غير كاوي. (فيروكس 5)

4.2.2 أحواض الماء

- قم بفصل الجهاز عن الكهرباء قبل الملء أو التفريغ.
- قم بتنظيف على أساس منتظم ووثق.
- تحقق من الاستمرارية في أرض الواقع على أساس منتظم وقم بتوثيق هذا.

الخلاطات، وآلات التجانس: اتخاذ خطوات للحد من توليد الهباء الجوي:

أ. قم بالفتح في غرفة السلامة البيولوجية.

ب. قم بتصفية عادم تفريغ المضخة حيثما يكون ذلك مناسبا.

4.2.3 الأجهزة الماصة:

- قم بتنظيف وتطهير الأجهزة الماصة وملحقاتها عند تلوثها وبطريقة منتظمة.
- الماصات القصيرة تكون مناسبة للاستخدام داخل كابينة السلامة البيولوجية.
- استخدم ملحقات الماصات المناسبة وبطريقة صحيحة.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Equipment safety سلامة الأجهزة	Page 4 of 5
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-007EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-007EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

- Inspect cords, plugs, etc., regularly.

4.3 Automated equipment

- Ensure that waste line discharges meet regulations
- Clean spill trays regularly
- Disinfect lines on a regular basis as recommended by the manufacturer

4.4 Autoclaves

- To be effective the steam must penetrate the wrapping. The length of time required for sterilization of biological material is determined by the quantity of the load, the volume of liquid in the load and the density of the material.
- Read the operating manual carefully
- Post the operation procedures near the autoclave
- After the pressure has been released, open the door only slightly to allow steam to escape before unloading
- Wear insulated gloves when unloading the material
- Monitor all autoclaves routinely for efficacy and maintain records.

4.2.4 الميكروسكوب:

- قم بمسح الساحة، العدسات، وضوابط التركيز الخاصة بالعدسة باستخدام المطهر المناسب وبشكل روتيني وفي حال حدوث تسرب أو تلوث.
- قم بفحص الحبال، والسدادة، وغيرها، بانتظام.

4.3الأجهزة الآلية:

- تأكد من أن خط تصريف النفايات يلبي الأنظمة.
- قم بتنظيف صينيات التسرب بانتظام.
- قم بتطهير الخطوط على أساس منتظم، على النحو الموصي به من قبل الشركة المصنعة.

4.4أجهزة التعقيم:

- لكي تكون فعالة يجب أن يخترق البخار الغلاف. يتم تحديد طول الفترة الزمنية اللازمة لتعقيم المواد البيولوجية على أساس كمية الحمل، وحجم السائل في الحمل وكثافة المواد.
- قم بقراءة دليل التشغيل بعناية.
- قم بنشر إجراءات العملية بالقرب من جهاز التعقيم.
- بعد أن يتم تحرير الضغط، قم بفتح الباب قليلاً فقط للسماح للبخار من الفرار قبل التفريغ.
- قم بارتداء قفازات عازلة عند تفريغ المواد.
- قم بمراقبة جميع أجهزة التعقيم بشكل روتيني لضمان الفعالية وحافظ على السجلات.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The Laboratory Director, Head of the Department and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مدير المختبر، رئيس القسم، وجميع موظفي المختبرات مسئولين ومتسائلين عن مراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** **Personal Protective Equipment's** معدات الحماية الشخصية	**Page 1 of 6**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-013EA 2)**	**Replaces No.: LB-IPP-013EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 This policy offers guidelines for the use of personal protective equipment will minimize the risk of transmission of diseases to patients, visitors and staff at laboratory department

1- الغرض:

1.1 هذه السياسة تقدم مبادئ توجيهية لاستخدام معدات الحماية الشخصية من شأنها أن تقلل من مخاطر انتقال الأمراض للزوار والمرضى والعاملين في قسم المختبر

2- DEFINITIONS:

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French *sauf*), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2.2. A **hazard** is a situation that poses a level of threat to life, health, property, or environment. Most hazards are dormant or potential, with only a theoretical risk of harm; however, once a hazard becomes 'active', it can create an emergency situation. A hazard does not exist when it is happening. A hazardous situation that has come to pass is called an incident. Hazard and vulnerability interact together to create risk.

2- التعريفات:

1.2 **السلامة** وهي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من مثل هذه الحوادث أو التعرض إلى شج يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

2. **2 الخطر** هو الوضع الذي يشكل تهديدا للحياة والصحة والممتلكات أو البيئة، ومعظم الأخطار تكون كامنة ومحتملة، مع **إحتمال نظري** للضرر، ومع ذلك، مرة حين يصبح الخطر "نشطاً"، يمكن ان يخلق حالة من حالات الطوارئ. **والخطر** لا وجود له عندما يحدث. وتسمى الحالة الخطرة عند حدوثها مجرد حادث. كما يتفاعل المخاطر والضعف معا لخلق خطر

3- POLICY:

3.1 It is the policy of laboratory department to provide and employees must use appropriate personal protective equipment (PPE) when contact with body substances/chemicals is deemed likely. Aall human blood or body fluids are capable of harbouring infectious pathogens. Employ proper personal hygiene. Frequent hand washing is the single most important measure to reduce the risks of transmitting organisms. Wash your hands whenever you leave the laboratory and remove laboratory coats/gowns before entering other non-laboratory facilities or areas which are considered to be clean.

3- السياسات:

1.3 سياسة قسم المختبر توفير وسائل الحماية الشخصية للموظفين وعلى الموظفين استخدام معدات الحماية الشخصية المناسبة (PPE) عند التعامل مع المواد الكيميائية. دم الإنسان أو سوائل الجسم قادرة على ايواء مسببات الأمراض المعدية. فيجب المحافظة على النظافة الشخصية المناسبة. غسل اليدين المتكرر هو التدبير الوحيد الأكثر أهمية للحد من مخاطر انتقال الكائنات الحية. غسل اليدين عند مغادرة المختبر وإزالة معاطف المختبر قبل دخول غيرها من المرافق غير المختبر التي تعتبر نظيفة

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Personal Protective Equipment's معدات الحماية الشخصية Page 2 of 6	
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-013EA 2)	Replaces No.: LB-IPP-013EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

.

4- PROCEDURES

4- الإجراءات:

1.4

PPE	PROCEDURE	PRECAUTIONS
Clothing	**Laboratory coat** • Wear an appropriate long sleeved cuffed laboratory coat with a closed front at all times when working in the laboratory. • Minimum PPE, along with gloves **Apron** • Use if there is potential for splashing / decreolization with body fluids **Warm clothing** • For extended work in cold rooms	• Remove the lab coat worn in the laboratory prior to exiting the work area or entering office areas. • Treat all linen used in the laboratory as biohazardous. • Place soiled linen in the clear plastic soiled linen bag. • If a laboratory coat becomes grossly soiled with biological material, remove it immediately and place it in the soiled linen bag • The lab aid transports lab coats to

PPE (المعدات الوقائية الشخصية)	الإجراءات	الاحتياطات
الملابس	**معطف المختبر** • ارتداء معطف مختبر بأكمام طويلة مناسبة معقودة مع جبهة مغلقة في جميع الأوقات عند العمل في المختبر. • الحد الأدنى للمعدات الوقائية الشخصية، جنبا إلى جنب مع قفازات **المئزر** • استخدم إذا كان هناك إمكانية لرذاذ / هباء مع سوائل الجسم. **الملابس الدافئة** • العمل الموسع في غرف التبريد.	• إزالة معاطف المختبر المستخدمة في المختبر قبل الخروج من منطقة العمل أو دخول مناطق الأعمال المكتبية والإدارة. • معالجة جميع الكتان المستخدمة في المختبر كمواد خطرة.. • وضع الكتان المتسخ في كيس من البلاستيك مخصوص للمواد الكتانية المتسخة. • إذا أصبح معطف المختبر متسخ بشكل صارخ بالمواد البيولوجية، يجب إزالته فورا ووضعه في كيس من الكتان المتسخة. • يساهم المختبر في نقل معاطف المختبرات للتنظيف.

		receiving for cleaning • KSMC linen is cleaned by ordinary Cleaner. Bleach is used in the chemical formula for lab coats
Hand protection	**Disposable gloves** • Staff trained in appropriate use/treatment of gloves • Wear disposable gloves when handling biological specimens. • Gloves are not required for handling of bacterial culture plates except for isolates suspicious of bioterrorism and *Neisseria meningitidis*. These plates need to be processed in a biological safety cabinet while wearing gloves. • Minimum PPE, along with lab coat • For staff with allergies/reactions (latex/talc/starch/vinyl), unpowered gloves &/or alternatives provided • Wash hands after removing gloves **Other gloves** • Purpose of gloves varies – to protect against chemical burns; abrasions, cuts,	**Disposable gloves** • Provide a protective barrier • Prevent gross contamination of hands to blood or body fluids. • Remove before leaving the laboratory • Dispose of used gloves into yellow biohazard bags. • Do not touch your face/hair or clean areas with gloves on.

• كتان KSMC يتم تنظيفه بمنظف عادي. • المبيض يستخدم بتركيبه الكيميائي لمعاطف المختبر.		

	punctures; temperature extremes in the work environment (e.g., autoclave, -80ºC freezer)	

حماية الأيدي	القفازات ذات الاستعمال الواحد	القفازات ذات الاستعمال الواحد
	• العاملين مدربين على استعمال / معالجة القفازات. • ارتداء قفازات ذات الاستعمال الواحد عند حمل العينات البيولوجية • القفازات غير مطلوبة لنقل أطباق المزرعة البكتيرية ما عدا عزل الاشتباه في bioterrorism و Neisseria meningitidis. هذه الأطباق تحتاج معالجة في حجرة الأمان البيولوجي مع ارتداء القفازات. • الحد الأدنى من معدات الحماية الشخصية مع معطف المختبر. • يجب استعمال قفازات خالية من البودرة أو أي بدائل للعاملين المصابين بالحساسية ل latex/ talc/ starch/ vinyl)، • غسيل الأيدي بعد خلع القفازات. **القفازات الأخرى:** • تختلف أغراض استخدام القفازات بين – الحماية من الحروق، التقرحات. الجروح، الوزات. درجات الحرارة المتطرفة في بيئة العمل	• توفر طبقة حماية • يجب منع تلوث الأيدي بشكل صارخ بالدم أو وسائل الجسم. • يجب خلع القفازات قبل ترك المختبر • يجب التخلص من القفازات المستعملة في أكياس النفايات الخطرة الصفراء. • **يجب عدم لمس الوجه / الشعر أو تنظيف أي مساحة أثناء ارتداء القفازات.**

	(مثل: الأوتوكلاف، المجمد -80 درجة مئوية)	

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The Laboratory Director, Head of the Department and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين وخاضعين للمساءلة لرصد وتنفيذ هذه السياسة.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Personal Protective Equipment's معدات الحماية الشخصية Page 6 of 6	
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-013EA 2)	Replaces No.: LB-IPP-013EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

6- FORMS: **6- النماذج:**

6.1 N/A **1.6 لا يوجد**

7 - REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2. Hazardous Chemicals: Information and Disposal Guide. 2nd or 3rd edition.

7.3 CBAHI Resource Manual 7.2 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards 7.3 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Quality Control (Internal Proficiency Testing) مراقبة الجودة (اختبار الكفاءة الداخلي)	Page 1 of 4
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-003EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-003EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To monitor the performance of an analytical system.
1.2 To ensure the reliability of the process or measurement performed on a patient sample.
1.3 To identify areas for process improvement and ensures reliable results for both short term and long term medical decisions.

1- الغرض:

1.1 لرصد أداء النظام التحليلي.
1.2 لضمان دقة العملية أو القياس الذي أجري على عينة من المريض.
1.3 لتحديد مجالات تحسين العملية وضمان نتائج دقيقة يمكن الاعتماد عليها للقرارات الطبية على المدى القصير والطويل الأجل.

2- DEFINITIONS:

2.1 **QC**: Quality Control.
2.2 **CV**: Coefficient of Variation.

2- التعريفات:

QC 2.1: مراقبة الجودة
CV 2.2: معامل الاختلاف

3- POLICY

3.1 Sections will establish their own control ranges and use the applicable Westgard rules. All implemented corrective actions must be documented. QC records must be retained for a minimum of two years. QC results must be reviewed as per the following schedule:

3.1.1 **Daily** – all QC results must be reviewed by the technologist with regular review by the area supervisor to determine if they meet the acceptability criteria.

3.1.2 **Biweekly** – adjustment of QC Mean to established Local means and QC ranges.

3.1.3 Westgard rules of 12S, 13S, 41S are applied in all lab sections.

3.1.4 The analytic concentrations in the control solutions should reflect the values at which clinical medical decisions are made and not coincide with the calibration points.

3.1.5 Positive and negative controls should be run simultaneously with patient specimens for qualitative tests.

3.1.6 **Weekly** - all QC results must be reviewed and documented by the area supervisor.

3- السياسات:

3.1 سوف تنشئ الأقسام مجالات التحكم الخاصة بها واستخدام قواعد وستجارد المعمول بها. يجب توثيق جميع الإجراءات التصحيحية التي تنفذ. يجب أن يتم الاحتفاظ بسجلات لمراقبة الجودة لمدة لا تقل عن سنتين. يجب مراجعة نتائج مراقبة الجودة وفقا للجدول التالي:

3.1.1 يومياً - لا بد من مراجعة جميع نتائج مراقبة الجودة من قبل الفني مع مراجعة منتظمة من جانب المشرف على المنطقة لتحديد ما إذا كانت تستوفي معايير القبول.

3.1.2 كل أسبوعين - تعديل مراقبة الجودة يعني إنشاء الوسائل المحلية ومجالات مراقبة الجودة.

3.1.3 قواعد وستجارد (12S, 13S ,41S) مطبقة في جميع أقسام المختبر.

3.1.4 يجب أن تعكس التركيزات التحليلية في محاليل التحكم القيم التي يتم بها اتخاذ القرارات الطبية وليس بالتزامن مع نقاط المعايرة.

3.1.5 يجب تشغيل الضوابط الإيجابية والسلبية في وقت واحد مع عينات من المرضى للاختبارات النوعية.

3.1.6 **الأسبوعية** - يجب مراجعة جميع نتائج مراقبة الجودة وتوثيقها من قبل المشرف على المنطقة.

3.1.7 **Monthly** – the section head and section supervisor must collectively review and document all QC data.

3.1.8 In case of shortage of control materials, specimens with known values stored in conditions that maintain their integrity may be used instead after being approved from head sections according to acceptable criteria of CV% less than 5.

3.1.9 If such specimens are not available or it is difficult to maintain their integrity for a certain analytic, calibrators from a lot different from the one used for calibration with known values can be run instead and accepted as above.

3.1.10 The laboratory must verify the manufacturer's acceptable ranges for each lot number of control and if at all possible establish their own control ranges.

3.2 Accuracy and precision of test results should be verified for all control reagents.

3.1.7 **الشهري** – يجب على رئيس القسم والمشرف على القسم إعادة النظر بشكل جماعي وتوثيق جميع البيانات لمراقبة الجودة.

3.1.8 في حالة وجود نقص في مواد المراقبة، يمكن استخدام العينات ذات القيم المعروفة المخزنة في الظروف التي تحافظ على سلامتها يمكن استخدامها بدلا من ذلك بعد موافقة من رؤساء الأقسام وفقا لمعايير مقبولة من مراقبة الجودة معامل الاختلاف أقل من 5%.

3.1.9 إذا كانت مثل هذه العينات ليست متاحة أو أنه من الصعب الحفاظ على سلامتها لإجراء لتحليل معين، يمكن استخدام محاليل معايرة من مجموعة مختلفة عن تلك المستخدمة للمعايرة مع القيم المعروفة والمقبولة بدلا من ذلك على النحو الوارد أعلاه.

3.1.10 يجب على المختبر التحقق من المجالات المقبولة للشركة المصنعة لكل مجموعة كواشف وإن أمكن تأسيس مجالات المراقبة الخاصة بها.

3.1.11 ينبغي التحقق من دقة نتائج الاختبار لجميع الكواشف المستخدمة في عملية المراقبة.

4- PROCEDURES:

4.1 Control Specimens:

4.1.1 Commercial solutions or lyophilized pool material are reconstituted, labeled, used and stored according to manufacturer instructions.

4.1.2 Typically, they should be very stable, tested for the presence of transmissible disease agents, easily prepared and allows peer group comparisons.

4.1.3 A large continuous supply of control material with the same lot number is beneficial as this reduces the necessity of frequent control range establishment.

4.1.4 In auto-analyzers control ranges are stored after being verified in their software for each lot number.

4.2 Commercial stabilized blood cell preparation:

4- الإجراءات:

4.1 : عينات التحكم:

4.1.1 يتم تشكيل المحاليل التجارية أو المادة المجففة بالتجميد، ووضع علامة عليها واستخدامها وتخزينها وفقا لتعليمات الشركة الصانعة.

4.1.2 عادة ما تكون مستقرة جدا، لاختبار وجود عوامل الأمراض المعدية، يتم اعدادها بسهولة وتتيح مقارنات مجموعة الأقران.

4.1.3 من المفيد توفير كميات كبيرة من نفس مجموعة مواد التحكم بطريقة مستمرة يقلل من ضرورة تأسيس مجالات مراقبة بطريقة متكررة.

4.1.4 في المحللات الأوتوماتيكية يتم تحديد نطاق السيطرة في البرنامج لكل مجموعة كواشف.

4.2 الإعداد التجاري لخلايا الدم المستقرة:

4.2.1 لديها صلاحية محدودة، مختبرة لعدم وجود عوامل لانتقال المرض ويسمح مقارنة مجموعة الأقران.

4.2.1 It has a limited shelf life, tested for the presence of transmissible disease agents and allows peer group comparisons.

4.2.2 The assayed control values provided by the manufacturer should be used only as a guide.

4.2.3 Whole blood or fresh plasma for coagulation samples as patient checks will be handled according to procedures in Hematology.

4.3 Running Procedures:

4.3.1 Daily control results are printed or recorded, approved from section head or supervisor and filed.

4.3.2 Daily control corrective actions are carried out to fix random errors by either repeating control run, if failed by changing control solutions, if failed by recalibration and rerunning the control.

4.3.3 QC charts are monitored bimonthly, documented, approved and filed monthly.

4.3.4 QC chart corrective actions are carried out in case of systemic errors, documented and approved by section supervisors and heads.

4.4 Accuracy calculation for each control reagent is carried out as %.
100 – [<u>Mean of Several Controls – Expected Mean of Controls</u> X 100] Expected Mean

4.5 Precision studies are carried out by repeated intra-assay run for all control reagents and calculated as %,

4.2.2 ينبغي استخدام قيم السيطرة المقدمة من قبل الشركة المصنعة فقط كدليل.

4.2.3 يتم التعامل مع الدم الكامل أو البلازما الطازجة لعينات التخثر مثل فحوصات المريض وفقاً للإجراءات في أمراض الدم.

4.3 الإجراءات التشغيلية:

4.3.1 تطبع نتائج المراقبة اليومية أو تسجل، بموافقة من رئيس القسم أو المشرف وتحفظ في ملف.

4.3.2 تتم الإجراءات التصحيحية بعد المراقبة يومياً لتصحيح الأخطاء العشوائية إما عن طريق إعادة عمل اختبار المراقبة، أو إذا فشل هذا الحل فعن طريق تغيير محلول التحكم، وإذا فشلت فعن طريق إعادة المعايرة وعمل اختبار المراقبة.

4.3.3 يتم مراقبة منحنيات مراقبة الجودة التي تصدر كل شهرين، ويتم توثيقها واعتمادها وحفظها شهرياً.

4.3.4 تتم الإجراءات التصحيحية لمراقبة الجودة في حالة وجود أخطاء منهجية، ويتم توثيقها واعتمادها من قبل المشرفين على القسم والرؤساء.

4.4 الحساب الدقيق لكل ماده كاشفة يحسب كالآتي:

100 – [<u>Mean of Several Controls – Expected Mean of Controls</u> X 100] Expected Mean

4.5 تجرى دراسات دقيقة من قبل المدى داخل الفحص المتكررة للحصول على جميع الكواشف السيطرة وتحسب كنسبة مئوية.

5- <u>RESPONSIBILITIES:</u>

It is the responsibility of:

5.1 General Laboratory Director.
5.2 Quality coordinator or designee of each section.
5.3 Section heads and supervisors.
5.4 All laboratory staff.

5- <u>المسئوليات:</u>

إنها مسئولية كل من:

5.1 المدير العام للمختبر
5.2 منسق الجودة ومصمم كل قسم
5.3 مشرفي ورؤساء الأقسام
5.4 جميع موظفي المختبر

6- <u>FORMS</u>:

6.1 NA

6- <u>النماذج:</u>

1.6 لا يوجد

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Quality Control (Internal Proficiency Testing) مراقبة الجودة (اختبار الكفاءة الداخلي)	Page 4 of 4
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-003EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-003EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Clinical Laboratory Practice Standards, Final version 1.0 30 June 2008

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Personal Safety السلامة الشخصية	Page 1 of 4
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-014EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-014EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To improve the security and contribute to Laboratory department effort to make all laboratory sites safer.

1- الغرض:

1.1 لتحسين الأمن والمساهمة في كافة مواقع المركز أكثر أماناً.

2- DEFINITIONS:

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French sauf), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions.

2- التعريفات:

1.2 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شج يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

3- POLICY:

3.1 It is the policy of laboratory department that Personal safety is shared responsibilities. Laboratory department's efforts in increasing personal safety are dependent upon the support of all staff. All employees wear their photo identification badge with the name and photograph in full view. The ID system assists everyone to quickly identify authorized personnel.

3- السياسات:

1.3 سياسة قسم المختبر أن السلامة الشخصية من المسؤوليات المشتركة. جهود المختبر في زيادة السلامة الشخصية تعتمد على الدعم من جميع الموظفين. يجب على جميع الموظفين ارتداء هوية تحمل صورة واسم الموظف في مكان يمكن رؤيته بوضوح. يساعد نظام التعريف الجميع على التعرف بسرعة على الموظفين المصرح لهم بالمختبر.

4- PROCEDURES:

4.1 WHAT TO DO IN AN EMERGENCY AT THE CENTER:

For all **emergency** concerns or assistance call **112** (FIRE CALL 998)

4.1.1 Fire, smoke or smell of gas
4.1.2 Life safety
4.1.3 Bomb threats
4.1.4 Accidents/serious sickness
4.1.5 Crimes in progress
4.1.6 Suspicious persons or incidents

Do not endanger yourself or attempt to deal with hazardous or suspicious situations yourself.

4- الإجراءات:

4.1 ماذا تفعل في حالات الطوارئ داخل المركز:

في حالات الطوارئ أو الحاجة للمساعدة الطارئة اتصل على 112 (للحرائق اتصل بـ 998)

4.1.1 حريق، دخان أو رائحة غاز
4.1.2 تهديد لسلامة الحياة
4.1.3 تهديد بقنبلة
4.1.4 الحوادث / مرض خطير
4.1.5 جرائم تحدث
4.1.6 الأشخاص أو الحوادث المشتبه فيها.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Personal Safety السلامة الشخصية	Page 2 of 4
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-014EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-014EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

لا تعرض نفسك للخطر أو تحاول التعامل مع الحالات الخطرة أو المشبوهة بنفسك.

4.2 WHAT TO DO FOR NON-EMERGENCY SECURITY CONCERNS

For all other **non-emergency** security concerns or assistance call Security

CALL- THE CENTER SECURITY @ 999

4.2 ماذا تفعل للمخاوف الأمنية الغير عاجلة:

لجميع المخاوف الأمنية في غير حالات الطوارئ تطلب المساعدة من الأمن.

اتصل بمركز الأمن على الرقم 999

4.3 GENERAL ADVICE

4.3.1 Know the emergency number to reach Security Services.
4.3.2 Be aware of what is going on around you.
4.3.3 Follow your instincts. If you feel you are at risk, try to leave the situation or area quickly.
4.3.4 If you are harassed, report the incident to Security Services.
4.3.5 Use the buddy system. Plan to watch out for one another.
4.3.6 Lock your lab, room or office door, even if you are leaving only for a few minutes.
4.3.7 Never prop open doors, even for a brief time. This places you and everyone else in your building/area at risk.
4.3.8 Lock all purses, wallets, cash and valuables in a locker, desk or cabinet.
4.3.9 If a trades person, repair person or courier requests admittance to your lab or office, ask for identification. If you are not satisfied with the person's credentials, refuse the individual access and direct him/her to your supervisor.
4.3.10 If an individual unknown to you requests or attempts to enter a locked/restricted area with you, refuse entry. Suggest to the individual, if you are told the employee's name he/she wishes to visit, you will inform that employee that someone is waiting for them outside the secure area.
4.3.11 Report any unauthorized entry to a locked or secure area to Security Services.
4.3.12 Be especially aware of maintaining security in your building/area after hours, and on weekends, holidays or vacation, when there are fewer people around.

4.3 نصائح عامة:

4.3.1 تعرف غلى رقم الطوارئ للوصول إلى خدمات الأمن.
4.3.2 يجب أن تكون على علم بما يجري من حولك.
4.3.3 اتبع الغرائز الخاصة بك. إذا كنت تشعر أنك في خطر، في محاولة لترك الوضع أو المنطقة بسرعة.
4.3.4 إذا تعرضت للمضايقة أو التحرش، ابلغ عن الحادث الى قسم الأمن.
4.3.5 استخدم أسلوب الصداقة والحرص على البعض.
4.3.6 قم بغلق المختبر، الغرفة أو باب المكتب حتى إذا كنت ستغادر لبضع دقائق.
4.3.7 لا تسند الأبواب مفتوحة، حتى ولو لفترة وجيزة.
4.3.8 قم بالاحتفاظ بجميع المحافظ والنقدية والأشياء الثمينة في خزانة، أو مكتب.
4.3.9 إذا دخل الشخص المسئول عن الإصلاحات، أو ساعي قبول الطلبات إلى المختبر أو مكتبك، اطلب تحديد الهوية. إذا لم تكن راضيا عن وثائق التعريف بالشخص، ارفض دخوله وقم بتوجيهه لمشرفك.
4.3.10 إذا حاول شخص غير معروف لك دخول منطقة مغلقة /مقيدة ارفض دخوله. وإذا قال لك اسم الموظف الذي يرغب في زيارته تحقق من ذلك، وقم بإبلاغ هذا الموظف أن شخصا ما في انتظاره خارج المنطقة الآمنة.
4.3.11 قم بالإبلاغ عن أي دخول غير مصرح به إلى منطقة مقفلة أو آمنة لخدمات الأمن.
4.3.12 يجب الحفاظ على الامن في المبنى الخاص بك / المنطقة بعد ساعات العمل، وخلال عطلة نهاية الأسبوع

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Personal Safety السلامة الشخصية	**Page 3 of 4**
Department: LAB	**Policy Number:** LB-IPP-014EA (2)	**Replaces No.:** LB-IPP-014EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

4.4 AFTER HOURS AND AT NIGHT

4.4.1 If you suspect you are being followed, indicate your suspicion by looking behind you. Change directions and vary your speed of walking. Immediately, head for a place where there are other people.

4.4.2 Be aware of people around you and your work area.

4.4.3 Try to stay in well-lit areas and use routes that are frequently traveled by others.

4.4.4 Know which entrances to the center buildings are locked after hours, and try to park your car as close as possible to afterhours access doors.

4.4.5 Avoid walking through isolated areas. Avoid shortcuts through parking lots, parakites and deserted spaces.

4.4.6 Use the buddy system if possible when working after hours, weekends, and holidays or at night. If you are going to work at night in a center building, try to locate yourself close to someone you know. Let someone know where you are and when you expect to leave.

4.4.7 Inform Security Services if you are going to work in the center buildings after hours, weekends or holidays. Inform Security Services of your location and expected time of occupancy in your workplace.

4.4.8 Lock your lab, office or room at all times when working at night or after hours.

4.4.9 Use the Security Services escort service if you are nervous walking between your lab/office to your car parked on center.

4.5 PARKING LOTS AND GARAGES

4.5.1 When you know you will be returning to your car at night, park in a well-lit area.

4.5.2 Know your nearest exit route from a garage.

4.5.3 Never park on levels of a parking garage that are empty or infrequently used.

والعطلات أو الإجازات، وعندما يكون هناك عدد اقل من الناس حولها.

4.4 بعد ساعات، وفي الليل:

4.4.1 إذا كنت تشك في أن أحد يتتبعك، انظر خلفك للتأكد. غير الاتجاه وسرعة المشي. على الفور، توجه إلى مكان وجود أشخاص آخرين.

4.4.2 كن واعياّ ببيئة العمل حولك وكذلك الأشخاص.

4.4.3 أبقي في الأماكن الآمنة واسلك الطرق التي يسلكها الآخرون.

4.4.4 تعرف أي من مداخل المركز تكون مغلقة ومؤمنة بعد ساعات الدخول، ومحاولة ركن سيارتك في أقرب مكان الى الأبواب الدخول بعد ساعات الدخول الأساسية.

4.4.5 تجنب المشي في المناطق المعزولة. تجنب الاختصارات من خلال مواقف السيارات، والأماكن المهجورة.

4.4.6 استخدم أسلوب الصداقة خلال العمل في العطلات وبعد ساعات العمل الرسمية. إذا كنت تنوي العمل ليلا في مبنى المركز حاول تحديد مكان لنفسك قريب من شخص تعرفه. دع شخصا ما يعرف أين أنت ومتى تتوقع أن تغادر.

4.4.7 أبلغ خدمات الأمن إذا كنت تنوي العمل في مباني المركز بعد عطلة نهاية الأسبوع أو أيام العطل. إبلاغ الأجهزة الأمنية موقعك والوقت المتوقع لوجودك في مكان عملك.

4.4.8 أغلق المختبر، المكتب أو الغرفة التي تعمل فيها أثناء العمل وبعد ساعات العمل الرسمية.

4.4.9 استعن بالأمن أو خدمات المرافق إذا كنت تقلق من المشي من المختبر الخاص بك / المكتب إلى موقف السيارة.

4.5 المواقف والجراجات:

4.5.1 عندما تعلم أنك ستقوم بالعودة إلى السيارة ليلاً أوقف السيارة في منطقة مضاءة جيداً.

4.5.2 اعرف أقرب مخرج لك من الجراج.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Personal Safety السلامة الشخصية Page 4 of 4	
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-014EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-014EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.5.4 Have your keys ready in your hand before you reach your car.

4.5.5 Visually check the interior of your car before getting in.

4.5.6 Utilize the Security Services escort service if you are nervous walking to your car parking.

4.5.3 لا تقم بركن سيارتك في أماكن خالية أو مهجورة.

4.5.4 أعد مفاتيح السيارة قبل الوصول إليها.

4.5.5 افحص داخل السيارة قبل الركوب.

4.5.6 استعن بالأمن أو خدمات المرافق إذا كنت تقلق من المشي من المختبر الخاص بك / المكتب إلي موقف السيارة .

5- RESPONSIBILITIES:

5- المسئوليات:

5.1 The Laboratory Director, Head of the Department and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين وخاضعين للمساءلة لرصد وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 NA

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2.Hazardous Chemicals: Information and Disposal Guide. 2nd or 3rd edition.

7.3 CBAHI Resource Manual

7.3 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.4 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Laboratory safety السلامة بالمختبر	Page 1 of 11
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-006EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-006EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- **PURPOSE** :

1.1 The policy provides direction for all staff to do their part to ensure a safe and healthy work environment.

-1 **الغرض:**

1.1 توفر هذه السياسة لطاقم العمل الإرشادات التي تضمن توفير بيئة عمل آمنة وصحية.

2- **DEFINITIONS**:

2.1 Safety is the state of being "safe" (from French *sauf*), the condition of being protected against physical, social, spiritual, financial, political, emotional, occupational, psychological, educational or other types or consequences of failure, damage, error, accidents, harm or any other event which could be considered non-desirable. This can take the form of being protected from the event or from exposure to something that causes health or economical losses. It can include protection of people or of possessions

-2 **التعريفات:**

1.2 السلامة هي حالة الحماية ضد أية أضرار جسدية، اجتماعية، روحانية، مادية، سياسية، شعورية، مهنية، نفسية، أو تعليمية، أو أي أنواع أخرى مترتبة على الإخفاق، الإتلاف، الأخطاء، الحوادث، الضرر، أو أي حادث آخر من الحوادث الغير متقبلة. يمكن أن يشكل هذا حماية من الحوادث أو التعرض إلى شي يؤدي إلى خسارة صحية أو مادية. قد يشمل أيضا حماية الأفراد والممتلكات.

3- **POLICY:**

3.1 It is the policy of the Laboratory department to establish and maintain adequate standards, policies, procedures, work practices and maintenance of facilities and equipment to ensure a safe working environment

3.2 It is the policy of Laboratory department that the Laboratory Director is responsible for maintaining safety standards, developing safety rules, supervising and training personnel in departmental standards

-3 **السياسات:**

1.3 سياسة قسم المختبر لتأسيس وصيانة أسس ملائمة، سياسات، إجراءات، ممارسات العمل وكذلك أسس لصيانة المعدات والمرافق لضمان بيئة عمل آمنة.

2 .3 تنص هذه السياسة على مسئولية مدير المختبر عن الحفاظ على معايير السلامة، ووضع قواعد السلامة، والاشراف على العاملين وتدريبهم على معايير القسم.

4- **PROCEDURES**:

4.1 General Safety Procedure

-4 **الإجراءات:**

1.4 **إجراءات السلامة العامة**

4.1.1 The Laboratory Director is responsible for notifying the Safety Officer in case of any safety hazard.

4.1.1 مدير المختبر مسؤول عن تبليغ مسؤول السلامة في حالة وجود أي خطر.

4.1.2 All department employees shall report defective equipment, unsafe conditions, acts or safety hazards to department head.

4.1.2 يتعين على جميع موظفي القسم تبليغ رئيس القسم عن المعدات الغير آمنة، أو أي أحوال أو ظروف غير آمنة.

4.1.3 Keep electrical cords clear of passageways. Do not use electrical extension cords without written approval of the Engineering Department. Check for frayed cords.

4.1.3 قم بإبعاد الأسلاك الكهربائية عن الممرات. لا تستخدم أي وصلات كهربائية بدون موافقة مكتوبة من القسم الهندسي. يجب فحص الأسلاك المنهكة.

4.1.4 All equipment and supplies must be properly stored. Do not store heavy items on top shelves.

4.1.4 يجب تخزين المعدات والإمدادات بشكل مناسب. يجب عدم تخزين الأشياء الثقيلة فوق الأرفف المرتفعة.

4.1.5 All personal electric appliances shall be inspected by the Engineering Department for safe use.

4.1.5 يجب فحص جميع المعدات الكهربائية الشخصية من قبل القسم الهندسي لضمان الاستخدام الآمن.

4.1.6 Scissors, knives, pins, razor blades and other sharp instruments must be safely stored and used.

4.1.6 يجب تخزين واستخدام المقصات، السكاكين، وشفرات الأمواس والآلات الحادة الأخرى بشكل آمن.

4.1.7 All electric machines with heat producing elements must be turned off when not in use.

4.1.7 يجب إطفاء المعدات الكهربائية الباعثة للحرارة في حالة عدم استخدامها.

4.1.8 Smoking is prohibited in the center.

4.1.8 غير مسموح بالتدخين في المركز.

4.1.9 Do not permit rubbish to accumulate.

4.1.9 لا تترك المخلفات حتى تتراكم.

4.1.10 Notify the Engineering Department immediately of improper illumination and ventilation.

4.1.10 قم بإخبار القسم الهندسي فوراً عن أي عطل في الإضاءة أو التهوية.

4.1.11 Furniture and equipment must be arranged to allow passage and access to exist at all times.

4.1.11 يجب ترتيب المعدات والأثاث بشكل يسمح المرور والوصول بسهولة للممرات والمخارج وفي أي وقت.

4.1.12 Minor spills, will be cleaned by the employee who discovers the spill. This will be done immediately. Major spills will be cleaned by Housekeeping Department.

4.1.12 في حالة انسكاب أي مادة بكميات بسيطة يقوم الموظف الذي اكتشف هذا بتنظيفه على الفور. في حالة انسكاب تنظف بواسطة قسم النظافة بحسب سياسة الانسكابات.

4.1.13 Report faulty equipment to the Biomedical Department as per policy.

4.1.13 قم بالإبلاغ عن أي خلل في المعدات لقسم الصيانة الطبية حسب السياسة.

4.1.14 Obey warning signs.

4.1.14 قم باتباع العلامات التحذيرية.

4.1.15 File drawers and cabinet doors shall be closed when not in use. Open only one drawer at a time. Evenly distribute material to prevent the file cabinet from being unbalanced and tipping over.

4.1.15 يجب غلق أدراج الملفات وأبواب الكبائن في حال عدم استخدامها. لا يفتح أكثر من درج واحد في المرة. وزع المستندات بشكل متوازن لتجنب انقلاب حاويات الملفات.

4.1.16 Wear suitable clothing (avoid high heels, jewelry or dangling hair that may catch in machinery).

4.1.16 قم بارتداء الملابس المناسبة (تجنب الكعوب العالية، المجوهرات، الشعر المتدلي الذي يمكن أن يعلق بالماكينات.)

4.1.17 Keep hands away from sample needles and probes in the instrument chambers.

4.1.17 قم بإبعاد اليدين عن أي إبر أو مسابير في الاماكن الخاصة بها في المعدات والأليات.

4.1.18 Understand and practice good body mechanics.

4.1.18 يجب فهم وممارسة ميكانيكا الجسد بشكل جيد.

4.1.19 Keep to right when going down corridors. Approach intersections carefully. Be sure traffic on other side is clear when opening swinging doors. Do not push doors open with equipment. Use push panel or doorknob.

4.1.19 قم بمحاذاة اليمين عند المشي في الممرات وأخذ الحيطة في المفارق. قم بالتأكد من خلو المجال عند فتح الأبواب المتأرجحة. لا تقوم بدفع الأبواب بواسطة المعدات ولكن قم باستخدام لوحة الدفع أو مقبض الباب.

4.1.20 Do not leave equipment standing in traffic lanes. Return equipment to its proper location when not in use.

4.1.20 لا تترك المعدات في الطرقات والممرات. قم بإعادة المعدات إلى مكانها الأصلي عند الانتهاء من استخدامها.

4.1.21 Do not obstruct fire equipment. Know location of firefighting equipment and how to use it. Know evacuation routes and what to do in case of fire.

4.1.21 لا تعيق معدات وأجهزة الحريق. يجب معرفة أماكن أجهزة مكافحة الحريق وكيفية استخدامها. كما يجب معرفة مسارات الإخلاء وما يجب فعله في حالة الحريق.

4.1.22 Only authorized personnel shall be allowed in the laboratory areas.

4.1.22 يسمح فقط بتواجد الأشخاص المسموح لهم في مناطق المختبر.

4.1.23 Do not eat or drink in the Clinical Laboratory or store food or beverages in refrigerators in the laboratory.

4.1.23 غير مسموح بالأكل أو الشرب في المختبر أو تخزين الأطعمة في ثلاجات المختبر.

4.1.24 Always use exhaust hoods when working with toxic, flammable or volatile materials.

4.1.25 Ventilation rates of hoods shall be measured and recorded. The ventilation system shall be monitored on a monthly basis to verify its efficiency.

4.1.26 Check all glass containers and apparatus carefully for cracks or chips before using, discard broken, chipped glassware.

4.1.27 All Clinical Laboratory materials, bottles, specimens, etc., shall be plainly labeled. Report any unlabeled items so they can be disposed of properly.

4.1.28 Label a container before filling. Never use a container for material other than that called for by the label.

4.1.29 Use racks for trays to transport small bottles and glassware. Large containers shall be provided with suitable jackets or cartons for carrying.

4.1.30 Centrifuges shall be covered when not in use. Do not open the lid of the centrifuge until it is completely stopped.

4.1.31 Mouth pipetting is prohibited.

4.1.32 Clinical Laboratory rooms shall be kept locked at all times when not in use.

4.1.33 The hands should be kept free of cuts and abrasions, particularly around the fingernails. Hands shall be carefully washed with soap and water, followed by immersion in a disinfectant solution after working with infectious materials.

4.1.34 Standard Precautions shall always be used when handling specimens.

4.1.35 Disposable gloves must be worn as indicated.

4.1.36 Any working area that becomes contaminated shall be cleaned immediately with a disinfecting solution. Work areas will also be cleaned at the end of each shift with a disinfecting solution, using paper towels.

4.1.24 يجب استخدام الشفاطات عند استعمال المواد السامة، المشتعلة، أو المتطايرة.

4.1.25 يجب قياس مدي تهوية الشفاطات وتسجيلها. يجب ملاحظة نظام التهوية شهرياً لمعرفة مدى كفاءته.

4.1.26 يجب فحص الحاويات والأوعية الزجاجية لاكتشاف أي كسر قبل استخدامها، والتخلص منها في حال وجود أي كسر.

4.1.27 يجب وضع علامة على جميع أجهزة وزجاجات وعينات المختبر ... الخ، والإبلاغ عن أي عنصر غير مصنف حتى يتم النخل منه بشكل مناسب.

4.1.28 قم بوضع علامة على الوعاء قبل ملئه. تجنب استخدام وعاء وملئه بأي مادة غير الموضحة عليه.

4.1.29 استخدم الرفوف والأدراج لنقل الزجاجات والأوعية الزجاجية. يجب توفير الحاويات الكبيرة بشكل مناسب يسمح بحملها.

4.1.30 يجب تغطية أجهزة الطرد المركزي في حالة عدم استخدامها، وعدم فتح الغطاء الا عند توقفها التام.

4.1.31 يحذر استخدام الماصات بالفم.

4.1.32 يجب غلق غرف المختبر في جميع الأوقات في حال عدم استخدامها.

4.1.33 يجب المحافظة على الأيدي من الجروح والخدوش خاصة حول الأظافر. يجب غسل الأيدي بالماء والصابون ومن ثم معقم اليدين بعد التعامل مع المواد المعدية.

4.1.34 يجب تطبيق المعايير القياسية عند التعامل مع العينات.

4.1.35 يجب ارتداء القفازات أحادية الاستخدام عند الحاجة.

Dispose of the paper towels in the infectious waste bag.

4.1.37 All broken glass must be wiped off counters and table tops to prevent slivers of glass cutting hands, arms and elbows.

4.1.38 Any specimen of blood, urine, sputum, saliva, other body fluid must be regarded as potentially infectious. Hepatitis B has been and remains a major risk to healthcare workers. Other potential laboratory acquired infections include tuberculosis, coccidioidomycotic, staphylococcal, streptococcal and other bacterial diseases. Acquisition of AIDS is possible if blood or fluid containing the HIV virus is injected or if wounds or mucus membranes are contaminated with virus containing fluids.

4.1.39 It is recommended that all laboratory personnel receive prophylactic treatment with the hepatitis vaccine provided by the center.

4.1.40 **Obtaining the Specimen**:

4.1.40.1 Always use Standard Precautions.

4.1.40.2 Avoid contact of open skin lesions with blood.

4.1.40.3 Hands are to be washed if they become contaminated with blood while taking specimens.

4.1.40.4 Do not bend needles after use. Do not reinsert used needles in their original containers. Place used needles in the puncture-resistant container provided for disposal needles.

4.1.40.5 Gloves and lab coats are to be worn while obtaining all specimens.

4.1.40.6 For any environmental surface become contaminated with specimens, wash contaminated areas with a 1 to 10 dilution of household bleach, (i.e., Clorox).

4.1.36 يجب تنظيف أي مكان عمل عند تعرضه للتلوث باستخدام محلول مطهر. كما يجب تنظيف أماكن العمل في نهاية كل نوبة باستخدام محلول مطهر ومناشف ورقية، ثم القاء المناشف في سلة المخلفات المعدية.

4.1.37 يجب التخلص من أي بقايا زجاج مكسور لمنع تعرض أي شخص لجرح في اليدين أو الذراعين.

4.1.38 تعتبر أي عينة دم، بول، لعاب، أو أي سوائل جسدية من الأشياء المعدية. كما يعتبر مرض الالتهاب الكبدي الوبائي من المخاطر الرئيسية للعاملين بالرعاية الصحية. ومن الأمراض الأخرى المعدية في المختبر: مرض السل، الكرواني، العنقوديات، العقيدات، وبقية الأمراض البكتيرية. الإصابة بمرض الايدز محتملة في حالة الحقن بدم يحتوي على هذا الفيروس، أو في حالة تعرض ومخالطة الجروح أو الأغشية لسائل حامل لهذا الفيروس.

4.1.39 ينصح جميع العاملين بالمختبر بأخذ العلاجات الوقائية وتطعيم الكبد الوبائي الذي يوفره المركز.

4.1.40 الحصول على العينة:

4.1.40.1 يجب اتباع الاحتياطات القياسية.

4.1.40.2 يجب مراعاة عدم تعرض أي جروح جلدية للدم.

4.1.40.3 يجب غسل اليدين إذا تلوثت بالدم أثناء أخذ العينة.

4.1.40.4 لا يجب ثني الإبر بعد استخدامها ولا إعادتها لغطائها الأصلي. يجب إلقاء هذه الإبر في الوعاء المقاوم للخرق المخصص للإبر المستعملة.

4.1.40.5 يجب ارتداء القفزات والمعاطف أثناء أخذ العينة.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Laboratory safety السلامة بالمختبر	**Page 6 of 11**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-006EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-006EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.1.40.7 Any articles soiled with blood are to be placed in plastic bags labeled with a "biohazard" label before disposal.

4.1.40.8 After removing gloves and lab coat wash hands thoroughly. Dispose of gloves in biohazard bag.

4.2 Storage of Corrosives:

4.2.1 Store corrosive and caustic materials near the floor to minimize danger of bottles falling from shelves.

4.2.2 Separate containers to facilitate handling. Organic acids (acetic acid and acetic anhydride) shall be stored separately from strong oxidizing agents (sulfuric, nitric or perchlorate) to prevent interaction of fumes and corrosion of storage cabinets.

4.2.3 Acid bottle carriers must be used for containers over one quart in size.

4.2.4 Label baths for acid washing "Danger Acid".

4.3 Storage of Flammables:

4.3.1 Quantities of one gallon or over must be stored in a safety can. If a reagent must be stored in glass for purity, the glass container may be placed in a bottle carrier to lessen the danger of breakage.

4.3.2 Small quantities (working amounts) may be stored on open shelves.

4.3.3 Do not store in a closed area such as a refrigerator.

4.3.4 Do not store flammables in areas exposed to direct sunlight.

4.1.40.6 في حال تعرض أي سطح للتلوث بالعينات يجب غسل المكان الملوث بإحدى المبيضات المنزلية (الكلور) بتخفيف من 1 إلى 10.

4.1.40.7 يجب وضع أي مادة تعرضت للدم في كيس من البلاستيك والتعليم عليه بعلامة "خطر حيوي" قبل التخلص منه.

4.1.40.8 بعد خلع المعطف والقفزات يجب غسل اليدين بعناية، والتخلص من القفزات في كيس المخلفات الخطرة.

4.2 تخزين المواد الكاوية:

4.2.1 يجب تخزين المواد المسببة للتآكل والمواد الكاوية في مستويات قريبة من الأرض لتقليل احتمال سقوط إحدى الزجاجات من الرفوف العليا.

4.2.2 يمكن فصل وتصنيف الحاويات لتسهيل التداول. يجب تخزين الأحماض العضوية (حمض الخليق وحمض الخل) بعيداً عن المواد المؤكسدة (الكبريتيك، النيتريك، والبيركلورات) لتجنب تفاعل الأبخرة وتآكل كابينة التخزين.

4.2.3 يجب استخدام حاملات زجاجات الأحماض للحاويات الأكثر من ربع جالون في الحجم.

4.2.4 يجب وضع علامة توضيحية على حمامات غسل الأحماض "أحماض خطرة".

4.3 تخزين المواد القابلة للاشتعال:

4.3.1 الكميات التي تصل أو تزيد على جالون يجب تخزينها في وعاء أمن. إذا كان لزاماً وضع المادة في وعاء زجاجي من أجل نقاؤه فيجب وضع الوعاء الزجاجي في حامل للتقليل من خطر الكسر.

4.3.2 الكميات الصغيرة المطلوبة للعمل يمكن وضعها في الرفوف المفتوحة.

Note: All flammables except working supply are stored in fire proof cabinets outside of the laboratory.

4.4 Handling Caustic Materials:

4.4.1 If quantities of acids or alkalis are being used, use a shield or barrier of some kind or work in a sink so that breaks or spills can be controlled.

4.4.2 Wear aprons, gloves and eye protection devices when handling highly corrosive materials.

4.4.3 Do not pipet by mouth. Do not sniff reagents.

4.4.4 Dilution: Use great care and add reagents slowly. Always add acid to water, never water to acid. Allow acid to run down the side of the container and mix slowly by gentle rotation. Avoid overheating.

4.5 Breaks and Spills:

4.5.1 Skin/eye/mouth contact; wash area immediately.

4.5.2 Clothing spills; take item of clothing off immediately to avoid soaking through the skin.

4.5.3 Contain spills with absorbent materials, i.e., spill decontamination kit. Wash area thoroughly after clean up.

4.5.4 Disposal: Liquids shall be flushed down the sink with copious amounts of water. Absorbent material shall be placed in a sealed can and marked "Chemical Waste - Hazardous."

4.5.5 Contaminated counting chamber and pipettes should be placed in 70% isopropyl alcohol.

4.3.3 لا تقوم بالتخزين في مكان مغلق كالثلاجة.

4.3.4 لا تقوم بتخزين المواد المشتعلة في مكان معرض مباشرة لأشعة الشمس.

(ملاحظة: تحفظ المواد القابلة للاشتعال في كبائن مضادة للحرائق خارج المختبر ماعدا الكميات المستخدمة في العمل).

4.4 التعامل مع المواد الكاوية:

4.4.1 عند استخدام الأحماض أو القواعد يجب استخدام واقي أو مانع أو العمل في مغسلة منخفضة حتى يمكن السيطرة على أي كسر أو انسكاب.

4.4.2 يجب ارتداء المآزر، القفازات، وواقي العين عند التعامل مع المواد المسببة للتآكل.

4.4.3 لا تقوم باستخدام الماصات عبر الفم، ولا تقوم باستنشاق هذه المواد.

4.4.4 التخفيف: يجب أخذ الحذر وإضافة المواد ببطء. قم دائماً بإضافة الحمض للماء وليس العكس. اجعل الحمض ينسكب على جانب الوعاء ويختلط ببطء وبشكل دائري. تجنب التسخين الزائد.

4.5 الكسور والانسكاب:

4.5.1 عند ملامسة هذه المواد للجلد/ العين/ الفم يجب غسلهم في الحال.

4.5.2 عند الانسكاب على الملابس، يجب خلع قطعة الملابس فوراً لمنع المادة من الوصول للجسم.

4.5.3 قم باحتواء التسرب بالمواد الماصة (باستخدام مجموعة الانسكابات)، ويجب غسل المكان بعناية بعد التنظيف.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Laboratory safety السلامة بالمختبر	**Page 8 of 11**
Department: LAB	**Policy Number:** LB-IPP-006EA (2)	**Replaces No.:** LB-IPP-006EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

4.6 Mercury:

4.6.1 If mercury is available, Avoid or minimize spills of elemental mercury as far as possible. Avoid skin contact.

4.6.2 Clean up gross spills with a pipet or sweeper. Ventilate area well to remove mercury vapors.

4.7 Handling Specimens:

4.7.1 Specimens with gross external contamination shall not be accepted.

4.7.2 Wear gloves when processing body fluids, AFB and fungal specimens. Wash hands afterwards.

4.7.3 If specimens must be centrifuged, they must be covered by a sealed cap to prevent aerosol formation. Do not centrifuge open tubes.

4.7.4 Specimens for fungus culture shall be placed in and handled in the biologic safety cabinet.

4.8 Processing Specimens:

4.8.1 Test tube racks or trays are required for tubed cultures. (Do not place tubes in glasses or paper cups).

4.8.2 All sputum, bronchial washing, tuberculosis and fungus specimens shall be handled and processed in the biologic safety cabinet.

4.8.3 Needles and loops shall be sterilized so as not to cause spattering of material on heating.

4.8.4 Benches shall be disinfected before work is begun and after work is finished.

4.5.4 المخلفات: يمكن التخلص من السوائل في الحوض واضافة كميات وافرة من الماء. يجب وضع المواد الماصة في عبوات مغلقة وتوضع علامة " مخلفات كيميائية- خطر".

4.5.5 يجب وضع الماصات والمواد الملوثة في70% من كحول الايزوبروبيل.

4.6 الزئبق

4.6.1 في حالة وجود زئبق، تجنب أو حاول تقليل احتمالية انسكاب الزئبق بأقصى شكل ممكن، يجب تجنب ملامسة الجلد.

4.6.2 قم بتنظف الانسكاب عن طريق الماصات أو المكانس. يجب تهوية المكان لإزالة أبخرة الزئبق.

4.7 التعامل مع العينات:

4.7.1 لا تقبل العينات الملوثة من الخارج.

4.7.2 يجب ارتداء القفازات عند التعامل مع السوائل الجسدية، وعينات اللعاب الخاصة بالدرن، وعينات الفطريات وغسل اليدين بعد ذلك.

4.7.3 في حالة ضرورة تدوير العينات في جهاز الفصل يجب تغطيتها بغطاء محكم الغلق لتجنب التسرب ولا يتم تدوير الأوعية المفتوحة.

4.7.4 يجب وضع عينات مزارع الفطريات وتداولها في في كابينة السلامة البيولوجية.

4.8 تجهيز العينات:

4.8.1 يتطلب توافر رفوف وأدراج أنابيب الاختبار. (لا يمكن وضع الأنابيب في زجاجات أو كؤوس ورقية)

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Laboratory safety السلامة بالمختبر	Page 9 of 11
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-006EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-006EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.9 **Disposal of Contaminated Materials**:

4.9.1 Discard specimens and cultures into plastic yellow bags. Bags will be picked up and disposed of by Environmental Services.

4.9.2 All contaminated sharps materials, syringes and vacutainer tubes are to be put in special sharps containers which are disposed of by Environmental Services.

4.9.3 Any breakage of bags or leakage of contaminated materials shall be reported to the Laboratory Director at once for instructions for safe clean up.

4.9.4 All urine specimens are to be flushed down the drain with at least 10 volumes of water per volume of discarded urine.

4.10 Glassware:

4.10.1 Do not leave pipettes sticking out of bottles, flasks or beakers.

4.10.2 Do not attempt to remove stoppers on glass tubing by force. If they are stuck, cut them off.

4.10.3 Make connections of rubber to glass carefully. Ends of glass tubing should be fire polished and a lubricant used (water, glycerin, water soluble jelly).

4.10.4 Hot glass - heated containers shall be handled with an asbestos glove.

4.10.5 Rinse out all glassware and pipettes immediately after use and before sending to sterilization room. Immerse in germicidal soapy water and fill with soapy water while it is waiting to be washed so that material does not dry on it.

4.8.2 يجب التعامل مع كل عينات البلغم، وغسيل الشعب الهوائية، والسل، والعينات الفطرية ومعالجتها في كابينة السلامة البيولوجية.

4.8.3 يجب تعقيم الإبر والحلقات حتى لا تتسبب في تناثر وتلوث المواد أثناء التسخين.

4.8.4 يتم تطهير أماكن العمل قبل أن يتم البدء في العمل وبعد الانتهاء من العمل.

4.9 التخلص من المواد الملوثة:

4.9.1 قم بالتخلص من العينات والمزارع في أكياس بلاستيكية صفـراء . يتم جمع الأكياس والتخلص منها عن طريق الخدمات البيئية.

4.9.2 جميع المواد الملوثة والأدوات الحادة والحقن والأنابيب توضع في حاويات الأدوات الحادة الخاصة التي يتم التخلص منها عن طريق الخدمات البيئية.

4.9.3 يتم الإبلاغ عن أي خرق في الأكياس أو تسرب المواد الملوثة إلى مدير المختبر على الفور للحصول على إرشادات لتنظيف آمن.

4.9.4 جميع عينات البول يتم تصريفها مع ما لا يقل عن10 أضعاف الكميات من المياه لحجم البول الذي يتنم التخلص منه.

4.10 الأواني الزجاجية:

4.10.1 لا تترك المواد أو الماصات تخرج من القوارير والزجاجات أو الأكواب.

4.10.2 لا تحاول إزالة السدادات عن الأنابيب زجاجية بالقوة، إذا كانت عالقة ولكن قم بقطعها.

4.10.3 قم بعمل وصلات المطاط للزجاج بعناية. يجب أن تكون نهاية الأنابيب الزجاجية مصقولة بالنار ويمكن استخدام إحدى الزيوت (الماء، الغليسرين، هلام الذوبان في الماء).

4.10.6 Carry beakers, reagent bottles and flasks with fingers around the body of the item.

4.10.7 Discard all chipped, cracked or broken glassware in a special container.

4.10.8 Immediately clean up all broken glassware.

4.10.9 Be sure that connections of rubber tubing to glass are clamped. Reinforce the tubing at kink points or protect these points with wire spirals.

4.10.10 Before placing glass containers in the centrifuge, check for chips or cracks. A cracked vial or bottle may fly apart at high speeds throwing the centrifuge off balance and causing a serious hazard.

4.10.11 At all times keep protective covering around glass vials that must be broken prior to use and around any vials that have metal-banded seals.

4.10.4 يجب التعامل مع الزجاج الساخن والأوعية الساخنة بقفازات الأسبستوس

4.10.5 قم بشطف جميع الأواني الزجاجية والماصات بعد الاستعمال مباشرة، وقبل ارسالها لغرفة التعقيم. ضعها في الماء والصابون المبيد للجراثيم أثناء انتظار الغسيل بحيث لا تجف المادة عليه.

4.10.6 قم بحمل الأكواب وزجاجات ودوارق المواد المتفاعلة مع الإمساك جيدا بالأصابع حول جسم الوعاء.

4.10.7 قم بالتخلص من كل الأواني الزجاجية المتكسرة، أو المتشققة أو المكسورة في وعاء خاص.

4.10.8 قم بتنظيف وإزالة الأوعية الزجاجية المنكسرة وتنظيف المكان فوراً فوراً.

4.10.9 تأكد من أن الغطاء المطاطي والزجاجة متصلين ومتطابقين. قم بالضغط لتجنب وجود أي فتحات أو قم بربطها بسلك لولبي.

4.10.10 قبل وضع العبوات الزجاجية في جهاز الفصل تحقق من أي وجود رقائق أو شقوق. يمكن لقنينة مشققة أو زجاجة أن تطير بعيداً بسرعات عالية تحدث خلل في توازن جهاز الفصل وتسبب خطرا كبيراً.

4.10.11 في جميع الأوقات يجب الحفاظ على أغطية واقية حول قوارير الزجاج التي يجب كسرها قبل استخدامها، وحول أي قوارير تحتوي على أغطية معدنية.

5- RESPONSIBILITIES:

5- المسئوليات:

5.1 The Laboratory Director and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين ومتسائلين عن مراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 NA

1.6 لا يوجد

Applied To: **All Lab Staff** جميع العاملين بالمختبر	**Title:** **Laboratory safety** السلامة بالمختبر	**Page 11 of 11**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-006EA (2)**	**Replaces No.: LB-IPP-006EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

7 - REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2 CBAHI Resource Manual — 7.2 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.3 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards — 7.3 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Results Reporting تبليغ النتائج	Page 1 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-APP-036EA (2)	Replaces No.: LB-APP-036EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To provide the medical doctors with accurate results that help them in clinical diagnosis and follow up of their patient.

- الغرض:

1.1 لتزويد الأطباء بنتائج دقيقة تساعدهم في التشخيص الطبي ومتابعة مرضاهم.

2- DEFINITIONS:

2.1 STAT: means those results that should be reported within an hour to the requesting physician.

2- التعريفات:

1.2 STAT: تعني تلك النتائج التي ينبغي الإبلاغ عنها في غضون ساعة إلى الطبيب الطالب.

3- POLICY:

3.1 All laboratory results of tests described in the scope of service of laboratory service guide should be reported after approval from the head of the section and or the laboratory specialist.

3.2 All laboratory results should be approved and released with a normal reference range validated for manufacture range.

3.3 Reference ranges should be copied on the hard copy or printed-out from the instrument.

3.4 High, low and positive results are marked in the printout stapled on the hard copy.

3.5 All laboratory results should be reported and released with full patient name, health record number, name of ordering physician, date and time of specimen collection, date and time of specimen receiving, resulting and approval time.

3.6 Hard copy results are delivered to the health records.

3 السياسات:

3.1 ينبغي الإبلاغ عن جميع النتائج المختبرية من الاختبارات المذكورة في دليل خدمات بعد موافقة رئيس القسم المختص أو المختبر.

3.2 ينبغي أن تتم الموافقة على جميع النتائج المختبرية والافراج عنها في حدود النتائج المقبولة والمحددة مسبقاً من الشركة المصنعة للكواشف.

3.3 ينبغي أن يتم نسخ حدود النتائج المقبولة إما على نسخة مطبوعة، أو طبعها من الجهاز.

3.4 يتم تمييز النتائج العالية والمنخفضة والإيجابية في النسخة المطبوعة وتدبس على النسخة الورقية.

3.5 ينبغي الإبلاغ عن جميع النتائج المختبرية مع اسم المريض الكامل ورقم السجل الصحي، اسم الطبيب الطالب، وتاريخ ووقت جمع العينة، وتاريخ ووقت استلام العينة، وقت اعتماد النتيجة.

3.6 يتم ارسال النتائج بشكل نسخة ورقية إلى السجلات الصحية.

4- PROCEDURES:

4.1 All laboratory results that are higher than the upper range of linearity should be either diluted manually or automatically before results reporting. To avoid delay, results may be approved as such, specimens are then diluted and the results are modified consequently.

4- الإجراءات:

4.1 ينبغي لجميع النتائج المختبرية التي هي أعلى من الحد المقبول أن يتم تخفيفها إما يدوياً أو او عن طريق الجهاز قبل الإبلاغ عن النتائج. لتجنب التأخير، يجوز الموافقة على النتائج على هذا النحو، وتخفف العينات ويتم تعديل النتائج بعد ذلك.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Results Reporting تبليغ النتائج	**Page 2 of 3**
Department: LAB	**Policy Number: LB-APP-036EA (2)**	**Replaces No.: LB-APP-036EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.2 All laboratory results are reviewed by the operator once they are printed out.

4.3 All laboratory results are then laboratory interpreted by the operator and the section supervisor once printed.

4.4 All laboratory results are then laboratory and clinically interpreted by the attending physician.

4.5 STAT results are given priority in the above procedures.

4.6 Panic values are soon reported as in their policies.

4.7 Laboratory comments and other recommended investigations if any are made by the section head or lab director and written on the hard copy.

4.8 **Manual Results Reporting:**

4.8.1 Results of manual or semi-automated tests are reported in log working sheets by the operator, then revised by the section supervisor and approved by laboratory physician in charge.

4.9 Telephone Results Reporting:

4.9.1 Refer to Critical Values Reporting Policy.

4.2 تتم مراجعة جميع النتائج المختبرية من قبل المشغل حال طباعتها.

4.3 جميع النتائج المختبرية تفسر من قبل المشغل والمشرف على القسم عند طباعتها.

4.4 جميع النتائج المختبرية تفسر مختبرياً أو طبياً من قبل الطبيب المعالج.

4.5 تعطى النتائج الطارئة الأولوية في الإجراءات المذكورة أعلاه.

4.6 يتم الابلاغ عن النتائج الحرجة في وقتها كما هو موضح في سياساتها.

4.7 يتم كتابة التعليقات من المختبر وغيرها من التحاليل الموصي بها من قبل رئيس القسم أو مدير المختبر ومكتوبة على نسخة ورقية.

4.8 تقرير النتائج اليدوية:

4.8.1 نتائج التحاليل اليدوية أو شبه الآلية يتم توثيقها في ورقة العمل من قبل المشغل، ثم مراجعتها من قبل المشرف على القسم والموافقة عليها من قبل الطبيب المسئول.

4.9 ابلاغ النتائج عن طريق التليفون:

4.9.1 انظر سياسة الابلاغ عن النتائج الحرجة.

5- **RESPONSIBILITIES:**

5.1 It is the responsibility of all laboratory staff to monitor and implement this procedure.

-5 **المسئوليات:**

5.1 إنها مسؤولية جميع موظفي المختبرات لمراقبة وتنفيذ هذا الاجراء.

6- **FORMS:**

6.1 N/A

-6 **النماذج:**

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CBAHI resource manual

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: **All Lab Staff** **جميع العاملين بالمختبر**	**Title: Ventilation** **التهوية**	**Page 1 of 4**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-015EA(2)**	**Replaces No.: LB-IPP-015EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 The purpose of this policy is to provide proper ventilation to ensure a comfortable and safe work environment.

1- الغرض:

1.1 الغرض من هذه السياسة هو توفير التهوية المناسبة لضمان وجود بيئة عمل مريحة وآمنة.

2- DEFINITIONS:

2.1 N/A

2- التعريفات:

1.2 لا يوجد

3- POLICY

3.1 It is the policy of laboratory department that Environmental conditions in the laboratory are monitored and recorded to ensure they do not adversely affect the quality of results. Airflow in the laboratory shall avoid dispersion of potentially infectious agents and ensure adequate ventilation disruptions are avoided. The location, design, type of venting of BSC shall be appropriate to level of risk containment required according to Health Canada Laboratory Biosafety guidelines.

3- السياسات:

1.3 سياسة قسم المختبر أن تتم مراقبة الظروف البيئية في المختبر، وتسجيلها للتأكد من أنها لا تؤثر سلباً على نوعية النتائج. يجب ألا يؤدي تدفق الهواء في المختبر على إنتشار العوامل التي قد تكون معدية، وضمان تجنب انقطاع التهوية الكافية. يجب على الموقع، والتصميم، ونوع التهوية أن تكون مناسبة لمستوى احتواء المخاطر المطلوبة وفقا للمبادئ التوجيهية لصحة كندا للسلامة البيولوجية في المختبرات.

4- PROCEDURES

4.1 TYPES OF VENTILATION SYSTEMS

There are 2 types of ventilation systems:

4.1.1 HVAC (heating, ventilation, air conditioning) systems are designed primarily for temperature, humidity and air quality movement.

4.1.2 Local ventilation systems are designed to remove contaminants generated by work procedures or equipment from the workplace. Examples are biological safety cabinets, chemical fume hoods and vent.

4- الإجراءات:

1.4 أنواع أنظمة التهوية:

هناك نوعان من أنواع أنظمة التهوية:

4.1.1 تم تصميم معدات التكييف والتهوية (التدفئة والتهوية وتكييف الهواء) في المقام الأول لضمان جودة حركة الحرارة والرطوبة والهواء.

4.1.2 تم تصميم أنظمة التهوية المحلية لإزالة الملوثات الناتجة عن إجراءات العمل أو المعدات من مكان العمل. الأمثلة هي كابينة السلامة البيولوجية، الكيميائية وشفاطات الدخان والتهوية.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Ventilation التهوية	Page 2 of 4
Department: LAB	**Policy Number:** LB-IPP-015EA(2)	**Replaces No.:** LB-IPP-015EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

FEATURE	PROCEDURE	PRECAUTIONS
Biological Safety Cabinets	• Class I - a primary barrier which offers protection to laboratory personnel and to the environment • Class II - a primary barrier which offers protection to laboratory personnel and to the environment and also provides product protection from external contamination of the material • Class III - a gas-tight (glove box) which provides the highest attainable level of protection to personnel and the environment. Require special design and construction.	• Do not operate centrifuges in a biological safety cabinet since the motor may produce strong air currents and turbulence which may disrupt the laminar air flow • Must be inspected and certified once a year (cabinets are inspected as per center contract)
Chemical Fume Hoods	• Lab air flows are balanced at time of fume hood	• Factors affecting fume hood performance

الاحتياطات	الإجراءات	الخصائص
• لا تقم بتشغيل جهاز طرد مركزي في غرفة السلامة البيولوجية لأن المحرك قد تنتج عنه تيارات الهواء القوية والاضطرابات التي قد تعطل تدفق الهواء. • يجب أن يتم الفحص والاعتماد مرة في السنة (يتم فحص الخزانات وفقا للعقد مع المركز)	• الفئة الأولى - وهو الحاجز الأساسي الذي يوفر الحماية للعاملين في المختبرات والبيئة. • الفئة الثانية - وهو الحاجز الأساسي الذي يوفر الحماية للعاملين في المختبرات والبيئة وأيضا يوفر حماية المنتج من التلوث الخارجي للمادة. • الفئة الثالثة - وهي غاز محكم (علبة القفازات) والذي يضمن أعلى مستوى ممكن من الحماية للأفراد والبيئة. مما يقتضي تصميم وبناء خاص.	**غرف السلامة البيولوجية**

Applied To: **All Lab Staff** جميع العاملين بالمختبر	**Title:** **Ventilation** التهوية	**Page 3 of 4**
Department: LAB	**Policy Number: LB-IPP-015EA(2)**	**Replaces No.: LB-IPP-015EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

	installation to achieve designed fume hood face velocities and uniformity of airflow patterns	e.g., open doors or windows nearby, room air currents, movement near fume hood face openings • Fume hood should be inspected and certified annually • Routine maintenance is required on exhaust fans
Vents	• Vent at the exterior of the bench connected to an exhaust duct	• For maximum benefit, place work as close to the vent as possible, e.g., urinalysis bench

شفاطات الأبخرة الكيميائية	• يجب المحافظة على توازن تدفق الهواء في المختبر وقت تركيب غطاء الأبخرة لتحقيق تصميم سرعات غطاء الوجه ضد الأبخرة وتوحيد أنماط تدفق الهواء.	العوامل التي تؤثر على أداء أغطية الأبخرة مثل، وفتح الأبواب أو النوافذ المجاورة، وتيارات هواء الغرفة، حركة الأبخرة قرب فتحات أغطية الوجه. • ينبغي أن يتم فحص شفاطات الدخان واعتمادها سنويا. • يلزم الصيانة الروتينية على مراوح العادم.
المخارج و فتحات التهوية	• التهوية في الجزء الخارجي من المقعد متصلة بقناة العادم.	لتحقيق أقصى فائدة، يجب أن يتم العمل بالقرب من المخارج و الفتحات ، على سبيل المثال مقعد تحليل البول.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Ventilation التهوية	Page 4 of 4
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-015EA(2)	Replaces No.: LB-IPP-015EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5- RESPONSIBILITIES

5.1 The Laboratory Director and all laboratory staff shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مدير المختبر وجميع موظفي المختبرات مسئولين وخاضعين للمساءلة لمراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2. Hazardous Chemicals: Information and Disposal Guide. 2nd or 3rd edition.

7.3 CBAHI Resource Manual

7.3 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.4 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Unscheduled Maintenance Of Equipment الصيانة الغير مجدولة (الطارئة) للأجهزة	Page 1 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-005EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-005EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To ensure proper maintenance of equipment failed in an unscheduled manner and their repair.
1.2 To ensure proper and appropriate test TAT during the unscheduled maintenance procedure.
1.3 To ensure validity of kits and reagents contained in built-in fridges of such equipments.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Back-up equipment**: are those instruments assigned to be used instead of those under unscheduled maintenance.

2.2 **QC**: Quality Control.

3- POLICY:

3.1 Unscheduled maintenance is considered when daily maintenance parameters show failure after repeated procedures.
3.2 All laboratory staff will be aware of and trained to refer to instrument operator manual before deciding an instrument for unscheduled maintenance.
3.3 All laboratory staff will be competent for machine or instrument trouble shooting.
3.4 Problems causing unscheduled maintenance should be identified by the operator.
3.5 Documents such as machine flags are available and recorded for unscheduled maintenance.
3.6 Time of machine and instrument failure is recorded once noticed by the operator.
3.7 Built-in fridges must be monitored for unscheduled failure.
3.8 Call for unscheduled maintenance should be ordered by telephoning and a hard copy request of job order.
3.9 Job orders must be documented.
3.10 Calibrations and QCs should be carried out after repair.
3.11 If unscheduled maintenance is going to interfere or delay test TAT, it should be reported to laboratory administration and in turn to medical staff.

1- الغرض:

1.1 لضمان الصيانة الصحيحة للأجهزة في حالة حدوث عطل طارئ واصلاحه.
1.2 لضمان عدم زيادة وقت دوران الفحص للتحاليل أثناء عمل الصيانة الطارئة.
1.3 لضمان عدم تأثر صلاحية الكواشف والمحاليل الموجودة في أجهزة التبريد المدمجة بأجهزة المختبر أثناء فترة الصيانة.

2- التعريفات:

2.1 **الأجهزة البديلة:** هي الأجهزة المعينة للاستخدام بدلاً من الأجهزة المعطلة أثناء عمل الصيانة الطارئة.
2.2 **QC :** مراقبة الجودة.

3- السياسات:

3.1 يتم عمل الصيانة الطارئة في حالة ظهور خلل في مؤشرات الصيانة اليومية خلال عدة اجراءات.
3.2 جميع العاملين بالمختبر يجب أن يكونوا على دراية ومدربين على كيفية الرجوع الى دليل تشغيل الأجهزة قبل اتخاذ القرار بإرسال طلب الصيانة الطارئة.
3.3 جميع العاملين بالمختبر مدربين على حل المشكلات الخاصة بالأجهزة والآلات بالمختبر.
3.4 يجب أن يتعرف المتعامل مع الأجهزة على المشكلات التي تؤدي الى تعطل الأجهزة وطلب الصيانة الطارئة.
3.5 الوثائق الخاصة بصيانة الأجهزة متوفرة ويتم توثيق حالات الصيانة الطارئة بها.
3.6 يتم توثيق وقت تعطل الجهاز عند ملاحظته عن طريق المشغل للجهاز.
3.7 يتم مراقبة أجهزة التبريد الموجودة بداخل الأجهزة لاكتشاف الأعطال الطارئة.
3.8 يتم طلب الصيانة الطارئة عن طريق التلفون كما يتم إرسال أمر عمل (طلب صيانة) ورقي.
3.9 يجب توثيق أوامر العمل (طلبات الصيانة الطارئة).
3.10 يتم عمل المعايرة للأجهزة واختبارات مراقبة الجودة بعد إصلاح العطل.
3.11 إذا كانت الصيانة سوف تؤثر على وقت دوران الفحوصات أو تؤدي الى تأخر النتائج يتم إبلاغ إدارة المختبر ومن ثم يتم إبلاغ الطاقم الطبي.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Unscheduled Maintenance Of Equipment الصيانة الغير مجدولة (الطارئة) للأجهزة	Page 2 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-005EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-005EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4- PROCEDURES

4.1 Daily maintenance is carried out for all equipments.
4.2 If a problem is noticed, the operator refers to the instrument operation manual.
4.3 Trouble shooting problems and solutions are tried.
4.4 Once unscheduled maintenance of any laboratory equipment or instrument is decided, a job order is made to the medical maintenance.
4.5 If there is a built-in fridge failure all reagents and kits contained are moved to a nearby fridges and stored properly.
4.6 All laboratory tests scheduled to be run on such machines are assigned for run in a back-up one.
4.7 Job orders includes time of failure, identification of the problem, instrument identification and its location, calling personnel, receiving order personnel, and the nature of repair whether urgent or emergency.
4.8 A copy of job order is filed in an unscheduled maintenance file.
4.9 After maintenance is carried out calibration of equipment is carried out followed by QC run before putting them back in service.

4- الإجراءات:

4.1 يتم عمل الصيانة الدورية اليومية لجميع الأجهزة.
4.2 في حالة وجود مشكلة يقوم المشغل بمراجعة دليل التشغيل الخاص بالجهاز.
4.3 يقوم المشغل بعمل محاولات لحل المشكلة.
4.4 في حالة اتخاذ قرار بطلب صيانة طارئة لأي من أجهزة المختبر يتم كتابة أمر عمل (طلب صيانة) لقسم الصيانة الطبية.
4.5 في حالة حدوث خلل في أجهزة التبريد المدمجة داخل أجهزة المختبر يتم نقل جميع المحاليل والكواشف الى أقرب جهاز تبريد وتخزينها بطريقة صحيحة.
4.6 جميع الفحوصات المفترض عملها عن طريق الجهاز المعطل يتم عملها باستخدام الأجهزة البديلة.
4.7 يشمل أمر العمل (طلب الصيانة) وقت حدوث العطل والتعريف بالمشكلة والتعريف بالجهاز المعطل ومكانه والشخص المتصل والشخص المستلم لطلب الصيانة وطبيعة الطلب هل هو عاجل أم غير عاجل.
4.8 يتم حفظ صورة من أمر العمل (طلب الصيانة) بالملف الخاص بالصيانة الطارئة.
4.9 يتم معايرة الجهاز بعد الانتهاء من الصيانة وعمل اختبارات مراقبة الجودة قبل ادخاله الى الخدمة مرة أخرى.

5- RESPONSIBILITIES

5.1. **The Laboratory Director:**
- 5.1.1. Ensures that all equipment is working and good condition.
- 5.1.2. Follow up of job orders with biomedical department in case of any delay.

5.2. **Bio-Medical Department:**
- 5.2.1. Rapid response to unscheduled maintenance job orders.

5.3. **All laboratory staff:**
- 5.3.1. Daily maintenance of all laboratory equipment.
- 5.3.2. Writing a job order in case of equipment failure.
- 5.3.3. Documenting the failure and filing the job order in an unscheduled maintenance file.
- 5.3.4. Calibration and QC of equipment after repair.

5- المسئوليات:

5.1. **مدير المختبر:**
- 5.1.1. يضمن أن جميع الأجهزة بالمختبر تعمل بحالة جيدة.
- 5.1.2. متابعة طلبات الصيانة مع قسم الصيانة الطبية في حالة حدوث أي تأخير.

5.2. **قسم الصيانة الطبية:**
- 5.2.1. الاستجابة السريعة لطلبات الصيانة.

5.3. **جميع العاملين بالمختبر:**
- 5.3.1. عمل الصيانة الدورية اليومية لجميع الأجهزة بالمختبر.
- 5.3.2. كتابة أمر عمل (طلب صيانة) في حالة حدوث عطل بأحد الأجهزة.
- 5.3.3. توثيق العطل والاحتفاظ بطلب الصيانة في الملف الخاص بالصيانة الطارئة.
- 5.3.4. عمل المعايرة واختبارات مراقبة الجودة للأجهزة بعد الإصلاح.

6- FORMS:

6.1. Job Order Form

6- النماذج:

6.1. نموذج أمر العمل (طلب الصيانة).

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Unscheduled Maintenance Of Equipment الصيانة الغير مجدولة (الطارئة) للأجهزة	Page 3 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-005EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-005EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

7- REFERRANCES:

7.1 NCCLS guidelines 2009

7- المراجع:

7.1 إرشادات NCCLS لعام 2009

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Reagents and solutions handling and storage التعامل مع الكواشف والمحاليل وتخزينها	Page 1 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-004EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-004EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To achieve the best cost effectiveness & maximum validity of all solutions & reagents used by department

1- الغرض:

1.1 من أجل تحقيق فعالية أفضل من حيث التكلفة ومدة صلاحية الحد الأقصى لجميع المحاليل والكواشف الكيميائية المستخدمة من قبل القسم.

2- DEFINITIONS:

N/A

2- التعريفات:

لا يوجد

3- POLICY:

3.1 It is the policy of the Laboratory that the degree of proper handling of reagents & solutions used by the department has a great impact on the accuracy of the test results. The agreed-upon approach for dealing with these reagents & solutions must be strictly followed by the responsible staff.

3.2 The information that can be used in the utilization of reagents & solutions is to be made available for everyone working in the respective section & must be kept in a handy place near or at the place of use of this solution. The basis of this information might be the reagents' or kits' leaflets, or supervisor's instructions that should be clearly written.

3.3 All reagents will be dealt with according to manufacturer's recommendations

3.4 Any deviation from the given instructions should be rigorously dealt with through the head of the department.

3- السياسات:

3.1 سياسة المختبر أن كيفية استخدام المحاليل والكواشف بشكل سليم من قبل القسم يترتب عليه إثر رائع في مدى دقة النتائج. ويتم إتباع الطريقة المتفق عليها لاستخدام تلك المحاليل والكواشف بدقة من قبل الأشخاص المسؤولين.

3.2 إن المعلومات اللازمة لكيفية استخدام المحاليل والكواشف تكون متاحة لجميع العاملين في القسم المختص، وينبغي أن توجد في مكان متاح للجميع قريباً من مكان استخدام هذا المحلول. وتتبني تلك المعلومات على مجموعة نشرات تلك المحاليل والمواد، أو تعليمات المشرف والتي يجب ان يتم كتابتها بوضوح.

3.3 يتم استخدام جميع الكواشف وفقا لتوصيات الشركة المصنعة.

3.4 يقوم رئيس القسم باتخاذ قرار صارم تجاه أي مخالفة لتلك التعليمات.

4- PROCEDURES:

4.1 Label the reagents & solutions properly, as applicable & appropriate, with the following elements:

4.1.1 Content, quantity & concentration.

4.1.2 Date of opening or reconstitution.

4- الإجراءات:

4.1 يتم وضع علامات واضحة على المحاليل والكواشف بالشكل الملائم كما يلي:

4.1.1 المحتوى، والكمية، والتركيز.

4.1.2 تاريخ الفتح أو إعادة التكوين.

4.1.3 Expiry dates, making sure they are discarded before their expiration date.

4.1.4 Conditions of storage (temperature, humidity, lightening conditions, duration of its validity after reconstitution).

4.2 If there are multiple components of a reagent kit, ensure the following:

4.2.1 All components are of the same lot number. Otherwise, the use of any of its components that has a different lot number must be verified by the person in charge.

4.2.2 If the components of the reagent kit have different expiry dates, this should be very well appreciated so not to use it after the earliest expiry date recorded on any of its components.

4.3 Whenever a new reagent lot number is used, verify the competence of the new reagent by:

4.3.1 Use the quality control material to ensure that its results are within the accepted confidence limits.

4.3.2 Test several samples using the reagent in question with the new lot number & the one already in service & compare the results to ensure that the difference in the results obtained by the two lot numbers is acceptable.

4.4 Fill-up the refrigerator and freezer inventory record with the contents of such equipments.

4.5 Whenever any reagent is used, finished or expired, it should be recorded in the relevant inventory record.

4.6 Use these records to monitor proper usage of reagents and solutions by the department, and take appropriate actions accordingly.

4.1.3 تاريخ انتهاء الصلاحية، يتم التأكد من التخلص من المواد المنتهية الصلاحية.

4.1.4 ظروف التخزين (درجة الحرارة، الرطوبة، الضوء، مدة الصلاحية بعد الفتح).

4.2 في حالة وجود عدة مكونات للمادة الكيميائية تأكد مما يلي:

4.2.1 جميع المكونات لها نفس الرقم. وفي حالة وجود اختلاف في الرقم لا بد أن يقوم المسئول بالتأكد من صحتها.

4.2.2 إذا كانت عناصر تلك المادة الكيميائية لها تواريخ انتهاء صلاحية مختلفة، ينبغي عدم استخدام أي منها بعد أقرب تاريخ انتهاء لأي من مكونات المادة.

4.3 في حالة استخدام رقم جديد لأي كاشف، يجب التأكد من كفاءة الكاشف الجديد كما يلي:

4.3.1 استخدام مواد مراقبة الجودة للتأكد من أن نتائجها تقع في نطاق الحدود المقبولة.

4.3.2 يتم اختبار عدة عينات باستخدام الكاشف المراد التأكد من جودته وكاشف أخر مستخدم، وتتم مقارنة نتائج كل منهما للتأكد من عدم وجود اختلافات غير مقبولة.

4.4 يتم ملئ نماذج الثلاجات والمجمدات بالمحتويات الموجودة بداخلها.

4.5 في حالة استخدام اي كاشف أو انتهاؤه أو انتهاء تاريخ صلاحيته يتم تسجيل ذلك في سجلات المخزن.

4.6 تستخدم تلك البيانات والسجلات للمراقبة على كيفية الاستخدام السليم للكواشف من قبل القسم، والتي على أساسها يتم اتخاذ الإجراءات المطلوبة.

Applied to: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Reagents and solutions handling and storage التعامل مع الكواشف والمحاليل وتخزينها	Page 3 of 3
Department: LAB	Policy Number: LB-IPP-004EA (2)	Replaces No.: LB-IPP-004EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 It is the responsibility of the Laboratory Head to review the policy every two years or as needed, as well as the implementation of this policy

5- المسئوليات:

5.1 هي مسئولية رئيس قسم المختبر مراجعة السياسة كل عامين أو إذا تطلب الأمر ذلك، بالإضافة إلى مراقبة كيفية تطبيق تلك السياسة في القسم.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Henry, John B., M.D. Clinical Diagnosis and Management by Laboratory methods**.** 21st edition, 2006.

7.2.Manual of Laboratory and Diagnostic Tests 7th edition (July 2003): By Frances T Fischbach **Non Consumable** RN, BSN, MSN By Lippincott Williams & Wilkins Publishers By OkDoKey.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Scope of Services	مجال الخدمات
Department/Service: **Laboratory Services**	القسم / الخدمة : خدمات المختبر
Code Number: LB-SOS-014	الرقم الكودي:
1. Unit Description	**1. وصف الوحدة**
1.1. Working Days and Working hours:	**1.1 أيام وأوقات العمل**
Laboratory services are provided within the working hours (from 8 AM to 4PM) during the working days (from Sunday to Thursday).	يتم تقديم خدمات المختبر بالمركز خلال ساعات العمل (من 8ص إلى 4 م) طوال أيام العمل (من الأحد إلى الخميس).
1.2. Staffing Plan & Availability of staff	**2.1 خطة التوظيف وتوزيع العاملين**
The Lab department provide its services through .... Lab Specialist and …… lab technician	يقدم المختبر خدماته من خلال عدد ... أخصائي مختبر غير طبيب و عدد ..... فني مختبر .
2. Patient Population	**2. الفئة المستهدفة**
All age groups in PHC catchment area	جميع الفئات العمرية بمنطقة خدمات عمل المركز
3. Modalities used	**2. الاجراءات المستخدمة**
3.1.List the Diagnostic Modalities Used	**a. قائمة الإجراءات التشخيصية المستخدمة**
3.1.1. Chemistry:	i. تحاليل الكيمياء:
Alanine aminotransferase	Alanine aminotransferase
Albumin	Albumin
Ammonia	Ammonia
Amylase	Amylase
Aspartate aminotransferase	Aspartate aminotransferase
Bilirubin-Direct	Bilirubin-Direct
Bilirubin-Total	Bilirubin-Total
Blood Urea Nitrogen	Blood Urea Nitrogen
Calcium	Calcium
Chloride	Chloride
Cholesterol	Cholesterol
Creatinine	Creatinine
Creatine kinse MB isoenzyme	Creative kinase MB isoenzyme
Creatine phosphokinase	Creatine phosphokinase
Gamma glutamyl transferase	Gamma glutamyl transferase
Glucose	Glucose
High density lipoprotein	High density lipoprotein
Iron	Iron
Iron binding capacity-total	Iron binding capacity-total
Lactate dehydrogenase	Lactate dehydrogenase
Lipase	Lipase
Magnesium	Magnesium
Phosphorus	Phosphorus
Potassium	Potassium
Protein-24 hrs. urine	Protein-24 hrs. urine

Protein-total Sodium Triglyceride Uric acid Urine Protein-Random **3.1.2.** HEMATOLOGY: Complete blood picture (CBC) ESR test According the availably test prouder ESR **3.1.3.** PARASITOLOGY: Direct method for Stool Pregnancy Test in urine Specific gravity in urine Stool analysis Stool for Ova & Parasite Stool for Occult Blood Urine analysis. **3.1.4.** Virology: 1. The blood samples withdrawn in the center and send to the central lab in king Saud medical city for hepatitis B & C , HIV antibodies .	Protein-total Sodium Triglyceride Uric acid Urine Protein-Random ii. تحاليل الدم: Complete blood picture (CBC) ESR test According the availably test prouder ESR iii. الطفيليات: Direct method for Stool Pregnancy Test in urine Specific gravity in urine Stool analysis Stool for Ova & Parasite Stool for Occult Blood Urine analysis iv. الفيروسات: يتم سحب العينات المطلوبة للأمراض الفيروسية كالالتهاب الكبدي B,C وتحاليل الأضداد المناعية للإيدز :

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	



RADIOLOGICAL SERVICES

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبد الكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied to: **All PHC staff** جميع موظفي المركز	**Title:** **Radiation Safety Program** برنامج السلامة الاشعاعية	**Page 1 of 7**
Department: Radiology	**Policy Number: RD-APP-063EA (2)**	**Replaces No.: RD-APP-063EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

PURPOSE

To ensure the safety of all staff center, patients and visitors in the Department of Radiology of the dangers of exposure to ionizing radiation.

الغرض:

لضمان سلامة جميع العاملين بالمركز والمرضى والزوار في قسم الأشعة من اخطار التعرض للإشعاعات المؤينة.

1. **Role of radiology technician:**
   - 1.1. Responsible for follow up of radiation safety program.
   - 1.2. Receiving all reports of radiation equipment and the handling procedures and the mechanism of its disposal.
   - 1.3. Taking corrective action when needed.
   - 1.4. Responsible for implementation of policies and procedures as follows:
     - 1.4.1. Periodic report about the radiation survey.
     - 1.4.2. Keeping copies of required records and reports (radiation survey record of the radiation room, quality assurance test record of the radiologist, personal dosimeter record, lead apron exam) under the regulations and radiation protection instructions issued by the Radiation Protection Department of the General Administration of Environmental Health and Occupational Health.

1. **دور فني الاشعة:**

1.1 مسئول عن تطبيق ومتابعة برنامج الوقاية الإشعاعية.

1.2 يتلقى جميع التقارير عن استخدام الأجهزة المصدرة للإشعاع وكذلك الإجراءات المتبعة في التعامل معها وكيفية التخلص منها.

1.3 تنفيذ الإجراءات التصحيحية عند الضرورة.

1.4 مسئول عن تنفيذ السياسات والإجراءات وهي كالتالي: -

1.4.1 التأكد من وجود تقرير دوري عن المسح الإشعاعي لغرفة الاشعة.

1.4.2 حفظ نسخ من المحاضر والتقارير المطلوبة (سجل المسح الاشعاعي لغرفة الاشعة، سجل اختبارات توكيد الجودة لجهاز الاشعة، سجل الجرعات الشخصية للممارس الصحي، سجل فحوصات المرايل الرصاصية) بموجب اللوائح وتعليمات الحماية من الاشعاع الصادرة عن ادارة الحماية من الاشعاع بالإدارة العامة لصحة البيئة والصحة المهنية.

2. **Training**:
   - 2.1. All staff dealing with radiology equipment (radiology department machines) should receive proper training about the radiation safety provided by the occupational health and safety department.
   - 2.2. Staff are trained on how to operate the radiology equipment and the procedures that should be followed in case of emergency.

2. **التدريب:**

2.1جميع الأفراد الذين يتعاملون مع الأجهزة المصدرة للأشعة (أجهزة قسم الأشعة) يجب أن يتلقوا التدريب في مجال الوقاية من الإشعاع والتي تقدمها ادارة الحماية من الاشعاع بالإدارة العامة لصحة البيئة والصحة المهنية.

3. **Radiation safety procedures:**

3.1. The main goal of the radiation safety is to ensure that the dose exposure for any individual is between the minimum and the maximum allowed limit through monitoring of 4 main factors namely: time, distance, radiation protective apron, and the radiation amount.

3.1.1. **Time**: minimizing the time of exposure.

3.1.2. **Distance**: Increasing the distance between the source of radiation and the individual.

3.1.3. **Wearing the lead apron**:

3.1.4. **Carry your personal radiation exposure card (TLD).**

3.1.5. **Exposure factors:**

3.1.5.1. Use the optimal factors to reduce the radiation dose of the patient without compromising the image quality used (voltage, current, time, distance, focal spot size, etc.).

4. **DOSE LIMITS:**

The occupational exposure of any worker shall be so controlled that the following limits be not exceeded:

4.1. an effective dose of 20 mSv per year averaged over five consecutive years.

4.2. an effective dose of 50 mSv in any single year; (c) an equivalent dose to the lens of the eye of 150 mSv in a year.

4.3. an equivalent dose to the extremities (hands and feet) or the skin39 of 500 mSv in a year.

4.4. The limit for the fetus of an occupationally exposed individual to 2 mSv during the gestation period.

2.2 يتم تدريب الأفراد على تشغيل أجهزة الأشعة والإجراءات التي يجب اتخاذها في حال حدوث طارئ.

3. **إجراءات الوقاية الإشعاعية:**

3.1. إن الهدف الرئيسي للأمان الإشعاعي هو ضمان أن تكون الجرعة الاشعاعية التي يتلقاها الممارس الصحي ضمن الحدود المسموح بها من خلال العوامل التالية:

3.1.1. **الزمن:** خفض زمن التعرض.

3.1.2. **المسافة** :زيادة المسافة بين مصدر التعرض والممارس.

3.1.3. **لبس الدرع الواقي من الإشعاع:**

3.1.4. **لبس بطاقة قياس التعرض الإشعاعي الشخصية.**

3.1.5. **عوامل التعرض:**

3.1.5.1. استخدام العوامل المثلى لخفض الجرعة الاشعاعية للمريض دون الاخلال بجودة الصورة المستخدمة(الجهد، التيار، الزمن، المسافة، حجم البقعة البؤرية. الخ).

4. **حدود التعرض للإشعاع للممارس :**

4.1 جرعة فعالة متوسطة مقدارها 20 مللي سيفرت سنويا.

4.2 جرعة مكافئة لعدسة العين مقدارها 150 مللي سيفرت.

4.3 جرعة مكافئة للأطراف (الأيدي والأرجل) أو الجلد مقدارها 500 مللي سيفرت في السنة.

4.4 حد التعرض للمرأة الحامل هو 2 مللي سيفرت طوال فترة الحمل.

4.5 يجب ألا يزيد مستوى الإشعاع المتسرب من غلاف انبوبة الاشعة السينية على 1 ملي جراي (100 ملي راد) في الساعة على بعد متر واحد من جدار الغلاف.

Applied to: All PHC staff جميع موظفي المركز	Title: Radiation Safety Program برنامج السلامة الاشعاعية	Page 3 of 7
Department: Radiology	Policy Number: RD-APP-063EA (2)	Replaces No.: RD-APP-063EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.5. The level of radiation leaking from the X-ray tube casing should not exceed 1 mGy (100 mrad) per hour, one meter from the wall of the casing.

5. **Radiation survey of X-ray room:**

5.1. To facilitate the safe practice in the center, the radiation protection officer in the ministry / Directorate to do the radiation scan once a year and after any change in the room or door of the radiation room or device.

6. **Radiology department:**

6.1. Radiation survey should be done annually.

6.2. Ensure that the quality assurance tests of the radiograph are performed.

6.3. The Radiation Protection Department of the Ministry / Directorate must be notified officially before installation, purchase, transfer or installation of a radiation apparatus.

7. **Availability of signs, guidelines and warnings:**

7.1. Safety officer should ensure that all radiation warning signs are properly posted in all radiology rooms in collaboration with safety department.

7.2. Warning and guidance signs shall be consistent with the requirements of the General Directorate for Infection Control.

8. **Quality assurance of the radiation device:**

The medical physicists at the Ministry / Directorate conduct tests to confirm the quality of the device periodically and after each repair or maintenance of the device to ensure safety.

9. **Monitoring staff exposure to radiation:**

9.1. This is the responsibility of safety officer to measure the exposure of the technicians and other staff in the radiology department to radiation through the dosimeter that states the employee name and the date of measurement.

5. **المسح الإشعاعي لغرف الاشعة:**

5.1 لتسهيل الممارسة الآمنة في المركز يقوم مسئول الحماية من الاشعاع بالوزارة/المديرية بعمل المسح الاشعاعي مره واحده بالسنة وبعد أي تغيير في غرفة او باب غرفة الاشعة او الجهاز.

6. **قسم الأشعة:**

6.1. يجب التأكد من عمل المسح الإشعاعي لغرفة الاشعة.

6.2. يجب التأكد من عمل اختبارات توكيد الجودة النوعية لجهاز الاشعة.

6.3. يجب إبلاغ ادارة الحماية من الاشعاع بالوزارة /المديرية رسمياً قبل تركيب او شراء او نقل او تكهين جهاز اشعة.

7. **توفر العلامات والارشادات والاضاءات التحذيرية:**

7.1. يقوم الممارس الصحي بالتأكد من تواجد العلامات والارشادات والاضاءات التحذيرية عند مدخل غرفة الاشعة.

7.2. ان تكون العلامات التحذيرية والارشادية متوافقة مع اشتراطات الادارة العامة لمكافحة العدوى.

8. **توكيد الجودة النوعية لجهاز الاشعة:**

يقوم الفزيائي الطبي بالوزارة / المديرية بعمل فحوصات توكيد الجودة النوعية لجهاز الاشعة دورياً وبعد كل عملية اصلاح او صيانة للجهاز لضمان سلامتها.

9. **مراقبة تعرض العاملين للإشعاع:**

9.1. يقوم بهذا الدور مسئول الحماية من الاشعاع بالوزارة/المديرية وذلك للتأكد من عدم تعرض الممارس الصحي لجرعات اشعاعية غير مبرره من خلال حمله لبطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية.

Applied to: All PHC staff جميع موظفي المركز	Title: Radiation Safety Program برنامج السلامة الاشعاعية	Page 4 of 7
Department: Radiology	Policy Number: RD-APP-063EA (2)	Replaces No.: RD-APP-063EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

9.2. PHC should provide, prepare and sending the dosimeters for check.

10. **Monitoring and checking requirements:**

10.1. Dosimeters should be available for physicians, nurses and technicians exposed to radiation.

10.2. Provision of radiation protection (bib / bib, grafting / neck bib / pinched gloves / child stabilization device)

10.3. **Procedure of dosimeters follow up:**

10.3.1. Safety officer will initiate a form for each staff member dealing with radiology equipment.

10.3.2. This file will include all basic information related to training and experience and the staff protection needs.

10.3.3. Safety department will do the assessment and reassessment based on the reports coming from staff members.

10.3.4. Dosimeters will be replaced every 3 months and sending the used ones to safety department for checking.

10.3.5. Every staff member is responsible for putting his own dosimeter.

10.3.6. Radiology department head is responsible for ensuring that all staff has their own dosimeter and sending them to safety department in the appropriate time.

10.3.7. The appropriate legal procedures shall be taken in the event of delay of the staff of the Department of Radiology, the delivery of a personal radiation dose measurement card for three months or lost where the penalty is imposed on the culprit and a fine of 300 riyals.

9.2. يقوم المركز بطلب صرف بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية حسب النموذج المعتمد من ادارة الحماية من الاشعاع بالوزارة.

10. **متطلبات المتابعة والرصد:**

10.1. توفير بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية للأطباء والتمريض والفنيين العاملين بالأشعة.

10.2. توفير وسائل الحماية من الإشعاع (مريلة مرصصة/مريلة مرصصة خاصة بالأعضاء التناسلية/مريلة عنق/قفازات مرصصة/جهاز تثبيت الأطفال)

10.3. **الإجراءات المتبعة لمتابعة أجهزة قياس التعرض الإشعاعي الشخصية:**

10.3.1. يقوم شئون الموظفين بالمركز بعمل نموذج لكل فرد يقوم بالتعامل مع أجهزة الإشاعة.

10.3.2. هذا الملف يتيح الحصول على المعلومات الأساسية المتعلقة بالحالة الصحية والتدريب والخبرة ورصد احتياجات الموظفين والفنيين والأطباء للوقاية من الإشعاع.

10.3.3. تقوم إدارة الحماية من الاشعاع بالصحة العامة بالمديرية بتنفيذ عمليات التقييم وإعادة التقييم التي يتم اتخاذها من خلال التقارير المقدمة من الأفراد.

10.3.4. يتم استبدال بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية كل ثلاثة أشهر بالتنسيق مع إدارة الحماية من الاشعاع بالصحة العامة بالمديرية.

10.3.5. كل فرد مسئول عن ارتداء بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية الخاص به.

Applied to: All PHC staff جميع موظفي المركز	Title: Radiation Safety Program برنامج السلامة الاشعاعية	Page 5 of 7
Department: Radiology	Policy Number: RD-APP-063EA (2)	Replaces No.: RD-APP-063EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

10.4. **Use of dosimeters:**

10.4.1. Dosimeter has to be between the neck and the waist.

10.4.2. Dosimeter has to be inside the lead apron because it measures the exposure of the body to radiation.

11. **Individual monitoring reports:**

11.1. Monitoring reports will be every 3 months.

11.2. Required investigations reports (CBC) will be reviewed bi-annually.

11.3. The reports should include (the name and the follow up date) and to be archived in the employee register.

11.4. All monitoring reports are to be stored in safety department to be available for all radiology staff for review.

12. **Dealing with pregnant employee in the radiology department:**

12.1. Any pregnant employee should inform safety department in writing once she knows that she is pregnant.

12.2. Provide pregnant radiation workers with additional measures placed under protective clothing and read monthly throughout pregnancy.

12.3. The occupational exposure limits for pregnant women are 2 mSv throughout pregnancy, but the radiation dose should not exceed 1 mSv during the critical weeks (between the eighth week and the 15th week after fertilization).

10.3.6. رئيس قسم الأشعة مسئول عن التأكد من أن العاملين بالقسم يرتدون " بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية والتأكد من إرسالها إدارة الحماية من الاشعاع بالصحة العامة بالمديرية في الوقت المطلوب.

10.3.7. يتم اتخاذ الإجراءات القانونية المناسبة في حال تأخر العاملين بقسم الأشعة عن تسليم بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية مدة ثلاثة أشهر او فقدها حيث يتم توقيع الجزاء على المتسبب في ذلك، ودفع غرامة مقدارها 300 ريال.

10.4. **استخدام أجهزة قياس التعرض الإشعاعي الشخصية:**

10.4.1. يجب ارتداء بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية ما بين الرقبة والخصر.

10.4.2. يتم تعليق بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية داخل الدرع الواقي حيث أن الجهاز يقوم بقياس مدي تعرض الجسم للإشعاع.

11. **تقارير متابعة الأفراد:**

11.1. تقارير المتابعة تكون كل ثلاثة أشهر.

11.2. تقارير التحاليل الطبية مرة بالسنة وعند ارتفاع الجرعة الاشعاعية لثلاثة أشهر عن 3.75 ملي سيفرت (صورة دم كاملة).

11.3. يجب أن تحتوي التقارير على (الاسم وتاريخ المتابعة) ويتم التسجيل في السجل الخاص بالموظفين.

11.4. جميع تقارير المتابعة تكون موجودة في ادارة المركز بحيث تكون متاحة لجميع العاملين بقسم الأشعة لمراجعتها.

12. **التعامل مع الموظفة الحامل بقسم الأشعة:**

12.1. يجب أن تقوم الموظفة الحامل بإبلاغ رئيس القسم فور علمها بالحمل وإخطارهم بذلك كتابياً.

12.4. If the dose exceeds the limit above, the pregnant worker is transported to a place where there is no exposure to radiation.

13. Extensive exposure to radiation:

13.1. In case that any employee exposed to overdose of radiation, the employee and his supervisor should make a report and the employee will be transferred to other position away from radiation.

14. As Low as Reasonably Achievable (ALARA):

14.1. Safety department will check the employees exposed to radiation annually through ALARA guidelines to ensure that the radiation level is at the minimum possible.

14.2. Safety officer will inform the administration about the levels exceeding the allowed occupational exposure dose on an annual basis.

14.3. Safety officer will conduct training courses for all employees working in the field of radiology about the protection from radiation.

.12.2 تزويد عاملات الأشعة الحوامل بمقاييس إضافية توضع تحت الملابس الواقية وتقرا شهريا طوال فترة الحمل.

.12.3 ان حدود جرعات التعرض المهني للمرأة الحامل هو 2 مللي سيفرت طوال فترة الحمل، على ألا تزيد الجرعة الإشعاعية عن 1 ملي سيفرت خلال الأسابيع الحرجة (بين الأسبوع الثامن والأسبوع الخامس عشر بعد الإخصاب).

.12.4 في حالة زيادة الجرعة عن الحد المسموح به أعلاه، تنقل العاملة الحامل الى مكان لا يوجد فيه تعرض للإشعاع.

.13 التعرض المفرط للإشعاع:

.13.1 في حال تجاوز جرعة الإشعاع الحد المسموح به يجب على الموظف والمشرف بعمل تقرير بذلك وتحويله للعمل بمكان يجنبه التعرض للإشعاع.

5- RESPONSIBILITIES

It is the responsibility of the PHC director in coordination with safety and radiology department to monitor the implementation of this policy.

5- المسئوليات:

هي مسئولية مدير المركز بالتنسيق مع قسم السلامة وقسم الأشعة، لمتابعة تطبيق هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 Application form to issue a personal radiation dose measurement card.
6.2 Form of undertaking to receive the personal radiation dose card.
6.3 Transfer of a personal radiation dose measurement card.

6:4 X-ray register

6:5 X ray request form

6- النماذج:

6.1 نموذج طلب اصدار بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية.
6.2 نموذج تعهد استلام بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية
6.3 نموذج نقل بطاقة قياس الجرعات الاشعاعية الشخصية.
6:4 سجل التصوير الشعاعي
6:5 طلب تقرير اشعة

Applied to: All PHC staff جميع موظفي المركز	Title: Radiation Safety Program برنامج السلامة الاشعاعية	Page 7 of 7
Department: Radiology	Policy Number: RD-APP-063EA (2)	Replaces No.: RD-APP-063EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 CBAHI resource manual.

7.2 Ionizing radiation protection instructions at the Ministry of Health.

7.3 General Instructions for Protection against Ionizing Radiation in the Kingdom of Saudi Arabia.

تعليمات الحماية من الاشعاعات المؤينة بوزارة الصحة

التعليمات العامة للحماية من الاشعاعات المؤينة في المملكة العربية السعودية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	**Title:** Critical Results Reporting الابلاغ عن النتائج الحرجة	**Page 1 of 3**
Department: LAB	**Policy Number: LB-APP-034EA (2)**	**Replaces No.: LB-APP-034EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To develop an internal system to report and take measures on critical test results that may or have had adverse implications for patient life

2- DEFINITIONS:

2.1 Critical State: a pathophysiological state which is considered to be as life threatening unless something is done promptly and for which some corrective action could be taken.

2.2 Critical tests result: are understood to be any resultant test values/levels/interpretations where delays in reporting have the potential for causing serious adverse outcomes for patients.

3- POLICY:

3.1 It is the policy of Laboratory and Radiology Departments that critical test results should be communicated immediately to the test ordering clinician since delays in reporting have the potential for causing serious adverse outcomes for patients.

4- PROCEDURES:

4.1 Lists of critical test results (Appendix-1&2) will include at a minimum, the name of the test, and the critical value.

4.2 Critical Test Results:

4.2.1 Include results from tests ordered on a STAT, Urgent or routine basis.

4.2.2 Include results from tests reaching the pre-established critical or “panic” level.

4.2.3 Include results where it is clinically evident that delays in reporting have the potential for causing serious adverse outcomes for patients.

4.3 Critical test results will be reviewed and verified at least on an annual basis by the director of the department and the center medical director, to allow for additions and deletions from the list. New tests may be

1- الغرض:

1.1وضع نظام داخلي لأخذ الإجراءات اللازمة تجاه نتائج الاختبارات الحرجة التي قد يترتب عليها مضاعفات تؤثر على حياة المريض.

2- التعريفات:

1.2**الحالة الحرجة:** هي الحالة المرضية التي تشكل تهديدا لحياة المريض وتستدعي تدخل سريع والتي يتم اتخاذ قرار علاجي بشأنها.

2.2 **النتائج الحرجة:** هي جميع نتائج التحاليل التي تأخيرها يؤثر سلباً على حياة المريض.

3- السياسات:

3.1سياسة قسم المختبر والأشعة تنص على ضرورة تبليغ الطبيب فوراً عن النتائج الحرجة التي سبق وتم ارسالها إلى المختبر، والتي من شأن تأخير التبليغ عنها التأثير سلبا على حياة المريض.

4 الإجراءات:

4.1قائمة النتائج الحرجة (الملحق 1 و2) تشمل على الأقل أسماء التحاليل والنتيجة الحرجة.

4.2نتائج الحالات الحرجة:

4.2.1 تشمل نتائج التحاليل والفحوصات التي تم طلبها بشكل عاجل او بشكل روتيني.

4.2.2 تشمل نتائج تحاليل الحالات التي وصلت إلى الحد الحرج أو الخطير المحدد مسبقاً.

4.2.3 تشمل نتائج التحليل التي من المعروف طبياً أن تأخيرها قد يشكل خطورة على حياة المريض.

4.3تتم مراجعة نتائج التحاليل الحرجة وإثبات صحتها من قبل رئيس القسم المعني والمدير الطبي على الأقل سنوياً، حتى يسمح بإضافة أو حذف أي نتيجة من القائمة. من الممكن إضافة أي

added to the list as needed at any time, with the approval from the medical director.

4.4 Critical test results will be called by the individual performing the test immediately upon determination that the result of the test is at critical limits.

4.5 All departments reporting critical test results will immediately contact the doctor whom the test has been ordered and report the result.

4.6 The following script shall be used when communicating critical results.

- 4.6.1 Hello, this (STAFF NAME AND I.D. NUMBER) calling from the (DEPARTMENT NAME).
- 4.6.2 I have critical result for the patient (patient name) with health record number (##### / ##)
- 4.6.3 This critical result is for (TEST NAME)
- 4.6.4 The result is (##########)
- 4.6.5 Please read back to me the result I have given you.
- 4.6.6 May I have your name and ID number (########)
- 4.6.7 Thank you for your help.

4.7 The individual receiving the result will:

- 4.7.1 ***Write down*** the result on the patient health record.
- 4.7.2 ***"READ-BACK"*** the written result to the reporting person to ensure it is accurately recorded and ask him to ***confirm*** that the repeated result is correct.

4.8 **Documentation**:

- 4.8.1 The department performing the test and determining the critical test result should document the date and time of notification and to whom the result was reported (i.e., the name of the person receiving the report and performing the read-back of the result) on the critical values log book.
- 4.8.2 The person receiving the results should document the reported result, date and time of notification in the patient's health record.

4.9 **Compliance Monitoring**:

- 4.9.1 Periodic monitoring of the critical test communication process will be conducted on a departmental and organization wide basis.

تحليل جديد إذا استدعى الأمر في أي وقت، بشرط المدير الطبي.

4.4 يقوم الشخص المسئول عن إجراء الاختبار بتبليغ النتائج الحرجة فوراً عند اكتشاف أن النتيجة وصلت للقيمة الحرجة.

4.5 على جميع الأقسام الإبلاغ عن نتائج الفحوصات الحرجة، وذلك بالاتصال فوراً على الطبيب الذي قد أمر بعمل الاختبار.

4.6 يتم استخدام الطريقة التالية حال الإبلاغ عن أي نتائج حرجة:

- 4.6.1 مرحبا، معكم (اسم الموظف ورقمه الوظيفي) يتصل من (اسم القسم).
- 4.6.2 لدي نتيجة حرجة للمريض (يذكر اسم المريض ثلاثي/ رباعي) ويذكر رقم الملف الخاص بالمريض (## / #####)
- 4.6.3 وهذه النتيجة للفحص (ويذكر اسم الفحص)
- 4.6.4 والنتيجة هي (ثم يذكر النتيجة)
- 4.6.5 رجاء إعادة قراءة هذه النتيجة مرة أخرى.
- 4.6.6 رجاء إعطائي أسمك ورقمك الوظيفي.
- 4.6.7 شكرا على مساعدتك.

4.7 على الفرد المتلقي للنتيجة أن

- 4.7.1 يكتب النتيجة في ملف المريض.
- 4.7.2 يقرأ النتيجة مرة أخرى إلى الشخص المبلغ من أجل التحقق من صحة التسجيل ويطلب منه أن يؤكد على صحة ما كتبه.

4.8 **التوثيق**:

- 4.8.1 ينبغي على القسم الذي أجرى الاختبار وقام بتحديد النتيجة الحرجة توثيق تاريخ ووقت الإخطار واسم الشخص الذي تم إخطاره بالنتيجة (أي اسم الشخص الذي تلقي التقرير وقام بقراءته مرة أخرى) في السجل الخاص بالنتائج الحرجة.
- 4.8.2 يقوم الشخص الذي استلم النتيجة بتوثيق النتيجة والتاريخ والوقت في ملف المريض الصحي.

4.9 **مراقبة الامتثال**:

- 4.9.1 يتم إجراء رقابة دورية على عملية التبليغ عن النتائج الحرجة على مستوى القسم والمركز.

Applied To: All Lab Staff جميع العاملين بالمختبر	Title: Critical Results Reporting الابلاغ عن النتائج الحرجة Page 3 of 3	
Department: LAB	Policy Number: LB-APP-034EA (2)	Replaces No.: LB-APP-034EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.9.2 Turn-around-times from order to notification of test result to the patient's healthcare provider will be evaluated and monitored periodically.

4.9.3 Submission of data: the data and report of critical result reporting should be submitted for monitoring and follow up.

4.9.2 يتم إجراء رقابة دورية بغرض تقييم وقت دوران الفحص من وقت استلام طلب الاختبار الى وقت تسليم النتائج إلى مقدم الرعاية الصحية للمريض.

4.9.3 تقديم البيانات: يجب تقديم البيانات وتقرير عن عملية تبليغ النتائج الحرجة للرصد والمتابعة.

5- RESPONSIBILITIES

5.1 It is the responsibility of the medical director in coordination with medical and nursing department to review the policy every two years or as needed, as well as the implementation of this policy.

5- المسئوليات:

5.1 هي مسئولية المدير الطبي بالتنسيق مع الأقسام الطبية والتمريض لمراجعة السياسة كل عامين أو كلما تطلب الأمر ذلك، كما يقوم بمتابعة كيفية تطبيق هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 NA

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Henry, John B., M.D. Clinical Diagnosis and Management by Laboratory methods. 21st edition, 2006.

7.2. A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests 7th edition (July 2003): By Frances T Fischbach RN, BSN, MSN by Lippincott Williams & Wilkins Published by OkDoKey.

7.3 CBAHI Resource Manual

7.3 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.4 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.4 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

1.**Section or Unit**: Radiology

2. **Position Title**: Radiology Specialist

3. **Organizational Relationship**:

3.1**Reportsto:** PHC Medical Director

3.2**Responsiblefor:** Radiology technicians

4.**Job Summary**:

4.1 Performs professional diagnostic radiological procedures;
4.2 Responsible for interpreting & reporting of radiological examinations.

5. **Job Responsibilities**:

5.1 Performs radiological diagnostic procedures in the radiology department.
5.2 Interprets the images produced from each radiological examination performed, to give a diagnostic report, which is accessible to the requesting physician/service, so appropriate treatment and care can be administered to the patient.
5.3 Provides direct professional supervision to personnel in the department to maintain standards and quality of the local health authority.
5.4 Follows and enforces safety and radiation protection measures for employees and patients.
5.5 Identifies the need for education of the patient and their families. Provides patients and/or their families with the necessary information regarding the nature of their illness, the radiological procedures to be performed, and any precautions required.
5.6 Instructs & trains junior staff (physicians/technicians) within the department and gives tutorials as required.
5.7 Participates in the teaching activities of the department and PHC.

1- **الوحدة:** الأشعة

2- **مسمى الوظيفة:** أخصائي أشعة

3- **العلاقة التنظيمية:**

3.1 مسئول أمام: المدير الطبي للمركز

3.2مسئول عن: فني الأشعة

4- **ملخص الوظيفة:**

4.1 القيام بإجراءات الأشعة التشخيصية.
4.2 مسؤول عن قراءة وتفسير والابلاغ عن فحوصات الأشعة.

5- **مسئوليات الوظيفة:**

5.1 القيام بالفحوصات والاجراءات الاشعاعية بقسم الأشعة.
5.2 تفسير الأفلام الناتجة عن كل اجراء اشعاعي واعطاء تقرير تشخيصي بحيث يكون متاح للطبيب\الخدمة الذي طلب عمل الاجراء الاشعاعي وبالتالي يمكن اعطاء العلاج المناسب للمريض.
5.3 الاشراف المهني المباشر على العاملين بقسم الأشعة للمحافظة على معايير الجودة المطلوبة من الجهات الصحية المحلية.
5.4 اتباع وتطبيق اجراءات السلامة والحماية من الاشعاع بالنسبة للعاملين والمرضى.
5.5 التعرف على الاحتياجات التعليمية للمريض والعائلة واعطاء المريض او عائلته المعلومات اللازمة عن طبيعة المرض والاجراء الاشعاعي الذي سيتم اجراؤه وأي احتياطات يجب اتخاذها.
5.6 تدريب وتدريس العاملين الجدد (أطباء أو فنيين في قسم الأشعة وعمل المحاورات والرد على الأسئلة عند الحاجة.
5.7 المشاركة في الانشطة التدريبية الخاصة بالقسم والمركز.

Department: Radiological Services خدمات الاشعة	Title: Radiology Specialist أخصائي الأشعة	Page 2 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: RD-JD-002EA (2)

5.8 Performs job within the scope of his/her granted Clinical Privileges.

5.9 Participates in PHC committees assigned to him/ her.

5.10 Undertakes other duties as may be required, from time to time, assigned by the Medical Director and/or PHC Director.

5.11 Respects patient rights according to the PHC policy and informs him/her about his responsibilities when needed.

5.12 Participates in all quality management activities within his/her department.

5.13 Be aware of standard precautions for infection control and implements the IC guidelines in his/her day to day activities.

5.14 Acknowledges his/ her role in PHC internal and external disaster plans and supervises his/her subordinates.

5.15 Signs *Confidentiality Agreement* and adheres to confidentiality of the information pertinent to the patients, their families, the PHC and the staff.

6. Required Qualifications:

6.1 Physician graduated from accredited medical school.
6.2 Post-graduate degree or board certification in diagnostic Radiology, recognized by the Saudi Commission for Health Specialties.
6.3 BLS certification.

7. Minimum Skills:

7.1 Fluent in Arabic / English.
7.2 Computer skills are required.
7.3 Good physical and mental health.
7.4 Able to motivate departmental personnel with technical duties.

***8.*Professional Experience:**

8.1 Minimum of 3 years' experience after holding diploma or master in Radiology.

5.8 القيام بالإجراءات المسموح له القيام بها كما هو معتمد في الامتيازات المعتمدة الخاصة به.

5.9 المشاركة في اللجان المعين عليها بالمركز الصحي.

5.10 القيام باي الاعمال يكلف بها من قبل مدير المركز أو المدير الطبي من وقت لآخر.

5.11 احترام حقوق المريض المبينة في سياسة المركز وابلاغ المريض عن مسؤولياته عند الحاجة.

5.12 المشاركة في جميع أنشطة الجودة الخاصة بالقسم.

5.13 يكون على دراية بالاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى وتطبيق اجراءات مكافحة العدوى في الأنشطة اليومية.

5.14 التعرف على دوره في خطة الطوارئ الداخلية والخارجية الخاصة بالمركز والاشراف على المرؤوسين.

5.15 توقيع اقرار سرية المعلومات والحفاظ على سرية المعلومات المتعلقة بالمريض وعائلته والمركز والعاملين.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1 طبيب متخرج من أحد الكليات المعتمدة.
6.2 حاصل على دراسات عليا أو زمالة في مجال التشخيص الاشعاعي معترف به من قبل هيئة التخصصات الصحية السعودية.
6.3 حاصل على شهادة الانعاش القلبي الأساسية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1 التحدث بطلاقة بالعربية والانجليزية.
7.2 مهارات التعامل مع الكمبيوتر.
7.3 القدرة العقلية والجسدية.
7.4 قادر على تشجيع العاملين بالقسم للقيام بمسؤولياتهم.

الموارد.

8- الخبرات المطلوبة:

1.8خبرة ثلاث سنوات على الأقل بعد الحصول على الدراسات العليا في مجال الأشعة (دبلوم او ماجستير).

Department: Radiological Services خدمات الاشعة	Title: **Radiology Specialist** أخصائي الأشعة	Page **3** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date:** 1/6/1444	**Index Number: RD-JD-002EA (2)**

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Department: Radiological Services **خدمات الاشعة**	**Title: Radiology Technician** **فني الأشعة**	Page **1** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: RD-JD-001EA (2)**

1.Section or Unit: radiological Services

2. Position Title: radiology technician

3. Organizational Relationship:

3.1Reportsto: Assistant Director for Professional Affairs.

3.2Responsiblefor: None

4.Job Summary:

4.1. Perform X-rays with high quality following ALARA guidelines.
4.2. Provide and operate radiological equipments and perform radiological examination
4.3. Maintain safety and security in his department
4.4. Share in related committees.
4.5. Required to be updated in his knowledge, skills and attitude.

5. Job Responsibilities:

5.1. Operates radiology department apparatus and performing the radiological tests requested.
5.2. Checks daily for adequate supplies
5.3. Ensure the department safety and maintain the radiation safety precautions.
5.4. Checks to assure lead aprons in proper place and that they are not folded at sharp angles. Folding of aprons can break the protective lead.
5.5. Participate in continuing medical education programs.
5.6. Maintains confidentiality of patient's records.
5.7. Performs his jobs in such a manner that will not cause injury to himself and/or others
5.8. Comply with medical ethics.
5.9. Perform his work in accordance with approved departmental policies and procedures.
5.10. Reporting to his immediate supervisor the defective/malfunctioning equipment.
5.11. Protect himself, patients and community from radiation hazards.
5.12. Implement infection control guidelines in the radiology department.
5.13. Evaluate the quality of X-ray films and minimizing the X-ray retakes.

1- الوحدة: خدمات الاشعة

2- مسمى الوظيفة: فني الاشعة

3- العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: المساعد للشؤون الفنية.

3.2 مسئول عن: لا يوجد.

4- ملخص الوظيفة:

4.1 عمل صور الأشعة ذات جودة عالية وفي وقت قياسي مطبقا مبدأ ALARA
4.2 يقوم بتشغيل وعمل الفحوصات المطلوبة
4.3 يقوم بتظهير وتحميض افلام الاشعة
4.4 يحافظ على الامن والسلامة بالقسم
4.5 يشارك في اللجان المتعلقة بعمله.
4.6 يجب أن يطور نفسه باستمرار في المعرفة والمهارات والسلوك.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1 تشغيل أجهزة الأشعة وعمل الفحوصات المطلوبة
5.2 التأكد يوميا من توافر الاجهزة والمعدات المطلوبة
5.3 يحافظ على السلامة بالقسم وإجراءات الحماية من الإشعاع.
5.4 التأكد من سلامة مرايل الحماية من الاشعاع وعدم وجود ثانيات
5.5 يشارك في برامج التعليم المهني المستمر.
5.6 الحفاظ على سرية ملفات المرضى
5.7 أداء عمله بما لا يسبب الاذى له او للآخرين
5.8 الالتزام بأخلاقيات المهنة الطبية.
5.9 اداء عمله بما يتوافق مع سياسات واجراءات العمل المعتمدة.
5.10 الابلاغ فورا لمديره المباشر عن تعطل الأجهزة.
5.11 حماية نفسه والمرضى والمجتمع من أخطار الأشعة.
5.12 اتباع نظام مكافحة العدوى بقسم الاشعة.
5.13 تقييم جودة صورة الاشعة والتقليل من الافلام المعادة.

5.14. Effectively communicate with patients, their companions and healthcare team.
5.15. Implement quality standards in radiology department.
5.16. Providing first aid measures in case of emergency.
5.17. Share in related committee's meetings.
5.18. TLD card must be carried during work. When worker leaves for vacation, TLD card must be delivered to the management center. If lost, a fine of SAR300 is paid.

6. Required Qualifications:

6.1. Must be a graduate of accredited medical technologist college.
6.2. Must pass the license examination given by the Saudi council of health specialties.

7. Minimum Skills:

7.1. Must be certified in BCLS (Basic Cardiac Life Support certificate).
7.2. Basic computer skills.
7.3. Basic English language.

8. Professional Experience:

8.1. Must have at least 2 years working experience as a radiology technician.

5.14. التواصل الفعال مع المرضى والمرافق وافراد الفريق الطبي.
5.15. تنفيذ معايير الجودة لقسم الاشعة.
5.16. تقديم الاسعافات الاولية في حالات الطوارئ.
5.17. الاشتراك بفاعلية في أي لجان تتعلق بعمله.
5.18. حمل بطاقة ال TLD اثناء العمل. عند تمتع العامل بالإجازة يجب تسليمها لإدارة المركز وفي حال فقدها يتم دفع غرامه مالية قدرها (300)ريال.

6- المؤهلات المطلوبة:
6.1 يجب أن يكون حاصل على شهادة معتمدة من معهد طبي.
6.2 يجب اجتياز امتحان التصنيف الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:
7.1 يجب أن يكون حاصل على دورة الإنعاش القلبي الرئوي سارية المفعول.
7.2 الإلمام بأساسيات الحاسب الآلي.
7.3 المعرفة بأساسيات اللغة الانجليزية.

8- الخبرات المطلوبة:

8.1 يجب أن يكون لديه خبرة عامين على الأقل في العمل كفني أشعة.

Department: Radiological Services **خدمات الاشعة**	**Title: Radiology Technician** **فني الأشعة**	Page **3** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: RD-JD-001EA (2)**

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date:** **التاريخ:**	**Supervisor Name &Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date:** **التاريخ:**

Scope of Services	مجال الخدمات
Department/Service: **radiological Services**	**القسم / الخدمة : خدمات الأشعة**
Code Number: RD-SOS-013EA (1)	**الرقم الكودي:**
1. Unit Description	**1. وصف الوحدة**
1.1. Working Days and Working hours:	**1.1 أيام وأوقات العمل**
The Emergency services are provided within the working hours (from 7:30 AM to 4:30 PM) during the working days (from Saturday to Wednesday).	يتم تقديم خدمات الاشعة بالمركز خلال ساعات العمل (من 8 ص إلى 4 م) طوال أيام العمل (من الاحد إلى الخميس).
1.2. Staffing Plan & Availability of staff	**1.2 خطة التوظيف وتوزيع العاملين**
1.2.1. The department provide its services (per shift) through: **1.2.1.1.** Qualified radiology technician	**1.2.1** يتم تقديم خدمات القسم (في كل مناوبة) من خلال: **1.2.2** فني أشعة مؤهل
2. Patient Population	**2. الفئة المستهدفة**
2.1. The Department serves the area covering by the center and the surrounding community, providing services from the pediatric patients to the geriatric members of the community either males or females. **2.2.** The Average Annual number of patients seen in the department is _____.	**2.1** يقدم القسم خدماته لسكان منطقة خدمات المركز الصحي والمنطقة المحيطة بها, حيث يقدم الخدمات لجميع الفئات العمرية في المجتمع ابتداء من الأطفال وحتى المسنين سواءً كان ذكر أو أنثى. **2.2**متوسط عدد المرضى الذي يستقبلهم القسم سنوياً هو :
3. Modalities used	**3. الاجراءات المستخدمة**
3.1. List the Diagnostic Modalities Used	**3.1 قائمة الإجراءات التشخيصية المستخدمة**
1. Routine Radiography of Head and Neck, 2. Routine Radiography of Musculoskeletal 3. Quality assessment monitoring and evaluation, quality control, are not activated in PHC Radiology department.	**الفحص بالاشعة العادية للرأس و العنق** **الفحص بالاشعة العادية للجهاز العضلي الحركي** **متابعة و ضبط الجودة في قسم الاشعة**

3.2. List the Therapeutic / Procedural Modalities Used	**3.2 قائمة الإجراءات العلاجية المستخدمة**
3.2.1 NA	لا يوجد

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة الاشعة بالمركز الصحي / كل 3 شهور **Percentage of the availability of essential supplies and equipment in the الأشعة room / 3 months**	
يبين المؤشر نسبة توفر التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة الأشعة بالمركز الصحي، حيث يتم عمل مراجعة دورية (كل 3 شهور) عن مدى توفر تلك التجهيزات والمعدات الأساسية في غرفة الأشعة The indicator determines Percentage of availability of the essential supplies and equipment in the radiology room in the health center, as there will be periodic checking (every 3 months) on the availability of the essential supplies and equipment in the radiology room.	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات البنية Structure indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
فني الأشعة Radiology Technician	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
كل 3 شهور Every 3 Months	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قائمة التجهيزات والمعدات الأساسية بغرفة الأشعة في المركز Essential supplies and equipment list registry in the radiology room	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم فني الأشعة في المركز الصحي كل ثلاثة شهور بحساب عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة في غرفة الأشعة بالمركز ومقارنتها بقائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بالمركز. At the end of the Hijri month, The radiology technician will calculate the number of the available essential supplies and equipment in the radiology room in the center to the number of them in the radiology supplies and equipment list.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المتوفرة بغرفة الأشعة بالمركز / عدد التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بقائمة الأشعة بالمركز × 100 No. of the available essential supplies& equipment in the radiology roo / No. of the essential supplies & equipment in the radiology services manual ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة استخدام الموارد - مشرف الجودة Utility utilization committee - Quality Coordinator	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة استخدام الموارد- مشرف الجودة Utility utilization committee chairman - Quality Coordinator	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
قائمة التجهيزات والمعدات الأساسية المعتمدة بدليل خدمات الأشعة بالمركز دليل الرعاية الصحية الأولية 1424 هـ معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية Approved essential supplies and equipment list in radiology services manual. Primary Health Care manual 1424 H.	**المراجع** **References**

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة اكتمال التوثيق في سجلات ونماذج غرفة الأشعة بالمركز الصحي / الشهر **Percentage of completion of the registries and forms of the radiology room / month**	
- يبين المؤشر نسبة اكتمال التوثيق في سجلات ونماذج غرفة الأشعة بالمركز الصحي، حيث يتم عمل مراجعة دورية (شهرياً) عن مدى اكتمال ذلك التوثيق. - سجلات ونماذج غرفة الأشعة: سجل قسم الأشعة - The indicator determines the Percentage of completion of the registries and forms of the radiology room in the health center, as there will be periodic checking (monthly) on the completion of these registries and forms. - The registries and forms of the radiology room: Radiology department registry,	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات Process indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المشرف الفني Medical director	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
شهرياً Monthly	**تكرارية القياس** **Frequency**
سجل قسم الأشعة Radiology department registry	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المشرف الفني في نهاية كل شهر هجري بأخذ عينة عشوائية (من سجل الأشعة) من الحالات التي تم فحصها في غرفة الأشعة بالمركز في الشهر السابق، حيث يقوم بمراجعة مدى اكتمال تسجيل البيانات المطلوبة عن كل حالة في سجلات غرفة الأشعة بالمركز (المذكورة سابقاً). At the end of the Hijri month, The Medical director will collect a random sample(from the radiology registry) from the patients who had been checked in the radiology room in the center in the last month to check the Percentage of completion of the registries and forms of the radiology room.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد الحالات المكتمل تسجيل بياناتها في سجلات ونماذج غرفة / عدد العينة العشوائية من الحالات × 100 No. of cases who had completed data in the registries and forms of rad / No. of the random sample of cases ×100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة الإدارة التنفيذية– مدير المركز Executive management committee –The center director	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
مدير المركز The center director	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
دليل الرعاية الصحية الأولية 1424 هـ دليل الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية 2005. Primary Health Care manual 1424 H. The quality control manual of the primary health care 2005.	**المراجع** **References**



PHARMACEUTICAL SERVICES

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبد الكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Management of Adverse Drug Reaction التعامل مع التفاعلات العكسية للأدوية	Page 1 of 4
Department:	Policy Number: PH-IPP-042EA(2)	Replaces No.: PH-IPP-042EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To establish a mechanism to ensure that adverse drug reactions are systematically reported, monitored, evaluated, and documented in order to prevent future recurrences.

1- الغرض:

1.1 لإنشاء آلية لضمان أن التفاعلات العكسية للدواء يتم الإبلاغ عنها، رصدها، تقييمها وتوثيقها بشكل منهجي من أجل منع تكرارها في المستقبل.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Adverse Drug Reaction (ADR)** – is any noxious, unintended, undesirable, or unexpected response to a drug that occurs at doses used in humans for prophylaxis, diagnosis, therapy of disease, or for modification of psychological function. This definition is understood to exclude predictable, dose-related side effects due to drugs, which result in little or no change in patient management, and in particular, mild extrapyramidal side effects due to neuroleptic drug therapy.

2.2 **Criteria for an ADR** – include anaphylaxis, arrhythmia, convulsions, hallucinations, shortness of breath, rashes, itching, hypotension, dystonia, leucopenia, urinary retention, symptoms associated with neuroleptic malignant syndrome, initial report of tardive dyskinesia, EPS related to non-antipsychotic drugs and also includes true allergic (hypersensitivity) reactions and idiosyncratic reactions.

2.3 **A significant Adverse Drug Reaction is one that:**

- 2.3.1 Requires discontinuing the drug.
- 2.3.2 Requires large (greater than 50%) dosage decrease.
- 2.3.3 Necessitates admission to an acute care hospital.
- 2.3.4 Delays anticipated discharge from the center.
- 2.3.5 Necessitates supportive treatment.
- 2.3.6 Significantly complicates diagnosis.
- 2.3.7 Negatively affects prognosis.
- 2.3.8 Results in temporary or permanent harm, disability, or death.

2- التعريفات:

1.2 التفاعلات العكسية للدواء (ADR) - أي آثار ضارة، غير مقصودة، غير مرغوب فيها، أو استجابة غير متوقعة للدواء والتي تحدث في الجرعات المستخدمة في البشر للوقاية، العلاج، تشخيص المرض، أو لتعديل حالة نفسية .ويفهم هذا التعريف لاستبعاد الأعراض الجانبية المتوقعة، والمتعلقة بالجرعة المعروفة التي يسببها الدواء، والتي تؤدي إلى تغير ضئيل أو معدوم في علاج المرضى، وبوجه خاص آثار جانبية ذهنية نتيجة لاستخدام علاجات الأعصاب.

2.2 **معايير التفاعلات العكسية للدواء** - تشمل الحساسية المفرطة، عدم انتظام ضربات القلب، التشنجات، الهلوسة، ضيق في التنفس، الطفح الجلدي والحكة، انخفاض ضغط الدم، خلل التوتر، نقص الكريات البيضاء، احتباس البول، والأعراض المرتبطة بذهان المتلازمة الخبيثة، تقرير مبدأي لخلل الحركة المتأخر، الأعراض الذهنية المرتبطة بالأدوية غير المضادة للأعصاب، ويشمل أيضا ردود فعل حساسية صحيحة (فرط الحساسية) وردود فعل غير صحيحة.

تفاعل عكسي هام للدواء هو أن:

- 1.3.2 يتطلب وقف استخدام الدواء.
- 2.3.2 يتطلب تخفيض كبير للجرعة (بأكثر من 50٪).
- 3.3.2 يتطلب إدخال المريض إلى مستشفى الرعاية الشديدة.
- 4.3.2 يتوقع تأخير خروج المريض من المركز.
- 5.3.2 يتطلب معالجة داعمة.
- 6.3.2 يعقد التشخيص بشكل ملحوظ.
- 7.3.2 يؤثر سلباً على النتيجة النهائية لعلاج المريض.
- 8.3.2 ينتج عنه ضرر مؤقت أو دائم، عجز، أو وفاة.

3- POLICY:

3.1 The pharmacy in co-operation with other departments has the responsibility of detecting, monitoring, reporting, and resolving Adverse Drug Reactions that occur within the facility in a consistent and timely manner.

3- السياسات:

1.3 الصيدلية مسئولة بالتعاون مع الأقسام الأخرى عن كشف، رصد، الإبلاغ عن، وعلاج التفاعلات العكسية للأدوية التي تحدث داخل المركز بطريقة متسقة وفي الوقت المناسب.

4- PROCEDURES:

4.1 Reporting ADR:

4.1.1 The nurse should notify the treating physician *immediately* of any suspicion of an Adverse Drug Reaction.

4.1.2 The physician documents the presence of an ADR on the top of the physician order sheet.

4.1.3 The medical record of the patient will be flagged for known allergies.

4.1.4 The physician shall complete the top portion of ADR Form.

4.1.5 The ADR Alert Form is reviewed by the pharmacist/assistant pharmacist on duty.

4.1.6 The Form is the analyzed and evaluated to determine whether the ADR is significant or serious.

4.1.7 The pharmacist/assistant pharmacist will add the case into the ADR database.

4.1.8 The pharmacist/assistant pharmacist will report to the Assistant Director for Professional Affairs about any trends or significant occurrences.

4.1.9 The pharmacy department will report these cases to the Pharmacy and Therapeutics Committee.

4.1.10 The pharmacist/assistant pharmacist will provide educational feedback to the patient to prevent ADR recurrences and improve patient care.

4.1.11 The pharmacy department will use a Trigger System to detect any ADR that's not reported.

4.1.12 The trigger system will include a list of medications that are used as antidotes or abnormal lab values that the pharmacist will assess to determine whether there is a probable ADR and follow the regular procedure for reporting.

4.2 Monitoring ADR:

4.2.1 The nurse will monitor the patient while contacting the treating physician to report the Adverse Drug Reaction.

4.2.2 The physician will examine the patient, order necessary intervention, if needed, and complete the medical section of the **Adverse Drug Reaction Report**.

4- الإجراءات:

1.4 التبليغ عن التفاعلات العكسية للدواء ADR:

1.1.4 ينبغي على الممرضة أن تبلغ الطبيب المعالج على الفور بأي اشتباه في تفاعل عكسي للدواء.

2.1.4 يوثق الطبيب وجود ADR على رأس ورقة تعليمات الطبيب.

3.1.4 سوف توضع علامة "**معروف لديه حساسية**" على السجل الطبي.

4.1.4 يجب على الطبيب استكمال الجزء العلوي من نموذج ADR.

5.1.4 يجب على الصيدلي/ مساعد الصيدلي أن يراجع نموذج التنبيه عن ADR.

6.1.4 يتم تحليل وتقييم النموذج بواسطة الصيدلي/ مساعد الصيدلي لتحديد ما إذا كان ADR مهماً أو خطير.

7.1.4 سيقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بإضافة الحالة في قاعدة بيانات الـ ADR.

8.1.4 سوف يقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بتقديم تقريراً إلى المساعد للشئون الفنية عن أي تكرار لحالات أو حوادث خطيرة.

9.1.4 سيبلغ الصيدلي/ مساعد الصيدلي هذه الحالات للجنة الصيدلة والعلاجيات.

10.1.4 يقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بتقديم ملاحظات تعليمية للمريض لمنع تكرار ADR وتحسين الرعاية الصحية للمرضى.

11.1.4 وسوف تقوم الصيدلية باستخدام نظام الزناد للكشف عن أي ADR لم يبلغ عنه.

12.1.4 سوف يشمل نظام الزناد قائمة من الأدوية التي تستخدم كمضادات لسميات الأدوية، أو قيم مختبر غير طبيعية التي يمكن من خلالها للصيدلي تحديد ما إذا كان هناك ADR محتمل ويتبع الإجراءات العادية لتقديم التقارير.

2.4 مراقبة التفاعلات العكسية للدواء ADR:

1.2.4 سوف تقوم الممرضة بمراقبة المريض أثناء الاتصال بالطبيب المعالج \ لتقديم تقريراً عن التفاعل العكسي للدواء.

2.2.4 يقوم الطبيب بفحص المريض، يأمر بالتدخل الضروري إذا لزم الأمر، واستكمال الجزء الطبي لتقرير التفاعل العكسي للدواء.

3.2.4 سوف تقوم الممرضة برصد العلامات والأعراض في المريض التي تسببت في تقديم تقرير الـ ADR.

4.2.3 The nurse will monitor the patient signs and symptoms which prompted the ADR reporting procedure.

4.2.4 The nurse will document the date and time the physician and head nurse were notified of the suspected ADR.

4.3 Documenting ADR:

4.3.1 The physician / nurse will complete the **Adverse Drug Reaction Alert Form**.

4.3.2 The nurse will document in the patient's Medical Record, all events associated with reporting the suspected ADR.

4.3.3 The physician will fill the ADR Form and document in the patient's medical record, the Adverse Drug Reaction along with the interventions, if any were necessary.

4.3.4 The pharmacy will maintain all ADR reports and communicate pertinent data to the Quality Management, P&T committee, and Assistant Director for Professional Affairs.

4.4 Process for Improving ADR Management:

4.4.1 Proper documentation of ADRs.

4.4.2 Analysis of each reported ADR.

4.4.3 Flagging the patient medical record for known allergies.

4.4.4 Feedback to appropriate healthcare staff.

4.4.5 Educational efforts for prevention of ADRs.

4.4.6 Evaluation of prescribing patterns, patient monitoring practice, patient outcomes and the impact of ADR program on overall individual patient outcome.

4.2.4 وسوف تقوم الممرضة بتوثيق التاريخ والوقت الذي تم فيه إبلاغ الطبيب ورئيسة الممرضات بالاشتباه في ADR.

3.4 توثيق التفاعلات العكسية للأدوية ADR:

4.2.1 سيقوم الطبيب / الممرضة باستكمال نموذج تنبيه التفاعلات العكسية للأدوية.

2.2.4 ستقوم الممرضة بتوثيق جميع الأحداث المرتبطة في السجل الطبي للمريض، والإبلاغ عن ADR المشتبه به.

3.2.4 سوف يقوم الطبيب بملء استمارة الـ ADRوتوثيق ذلك في الملف الطبي للمريض، إلى جانب التدخلات الضرورية إن وجدت.

4.3.4 ستحتفظ الصيدلية بجميع تقارير الـ ADR وتبليغ البيانات ذات الصلة لإدارة الجودة، لجنة الصيدلة والعلاجيات، والمساعد للشئون الفنية.

4.4 كيفية تحسين إدارة التفاعلات العكسية للأدوية ADR:

1.4.4 التوثيق الصحيح لتلك التفاعلات.

2.4.4 تحليل كل تفاعل عكسي للدواء يتم التبليغ عنه.

3.4.4 التأشير في ملف المريض الطبي بالحساسية المعروفة لديه.

4.4.4 إخطار موظفي الرعاية الصحية المعنيين بعلاج المريض.

5.4.4 جهود تعليمية للوقاية من تلك التفاعلات العكسية للأدوية.

6.4.4 تقييم أنماط وصف الدواء، ممارسة مراقبة المريض، نتائج علاج المريض وأثر برنامج الـ ADR على نتائج علاج المريض العامة أو الفردية.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 **The nurse:** is responsible for

5.1.1 Notifying the treating physician of any suspicion of an Adverse Drug Reaction.

5- المسئوليات:

1.5 الممرضة: هي المسئولة عن:

1.1.5 إخطار الطبيب المعالج عن أي اشتباه في تفاعل عكسي للدواء.

2.1.5 مراقبة المريض أثناء الاتصال بالطبيب المعالج لتقديم تقرير عن التفاعلات العكسية للأدوية.

5.1.2 Monitoring the patient while contacting the treating physician to report the Adverse Drug Reaction.

5.2 **The physician:** responsible for filling up the **ADR Alert Form** and send it to the pharmacy.

5.3 **The pharmacist / assistant pharmacist:** is responsible for

5.3.1 Reviewing, analyzing and evaluating the **ADR Alert Form** to determine whether the ADR is significant or serious.

5.3.2 Reporting to the director of medical services about any trends or significant occurrences

5.3.3 Providing educational feedback to the patient.

2.5 الطبيب: مسئول عن ملء استمارة تنبيه عن ADR وإرساله إلى الصيدلية.

3.5 الصيدلي / مساعد الصيدلي: هو المسئول عن

1.3.5 مراجعة، تحليل وتقييم نموذج تنبيه عن ADR لتحديد ما إذا كان ADR مهم أو خطير.

2.3.5 تقديم التقارير إلى مدير الخدمات الطبية عن أي حالات شائعة أو حوادث خطيرة.

3.3.5 تقديم الردود المناسبة للمريض.

6- FORMS:

6.1 Adverse Drug Reaction Alert Form.

6.2 Adverse Drug Reaction Report Form.

6- النماذج:

6.1نموذج التنبيه عن التفاعلات العكسية للأدوية.

6.2 نموذج التقرير عن التفاعلات العكسية للأدوية.

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CBAHI Resource Manual.

7.2 ASHP guidelines on ADR monitoring and reporting.

7.3 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Pharmacy Staff العاملين بالصيدلية	**Title: Storage of medications** تخزين الأدوية	1 of 5
Department: Pharmacy الصيدلية	**Policy Number: PH-IPP-001EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-001EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To describe the process by which drugs are stored safely and according to the manufacturer's temperature requirement, and separating antiseptics, disinfectants and drugs for external use from injectable and drugs for internal use.

1.2 To describe the monitoring and recording process for all refrigerators and freezers located within the department, storeroom, and patient care areas.

2- DEFINITIONS:

2.1**Refrigerate:** (2 – 8 degrees Celsius).

2.2**Freeze:** Below (0 degrees Celsius). Consult manufacturer's literature per products as some products require lower freezer temperatures than others.

2.3**Digital read-out:** The temperature of the air within the unit right now.

2.4**Scimetrics:** Refrigeration alarm system that monitors temperatures twenty four hours a day.

3- POLICY:

3.1 All medications are well separated and properly labeled upon display on the refrigerator shelves.

3.2 All refrigerators and freezers located within the department will be routinely monitored to assure that the correct temperature range is maintained with respect to the items being stored in each respective refrigerator or freezer. Documentation of the monitoring activity will be maintained.

3.3 All antiseptics, disinfectants, and drugs for external use are stored separately from injectable and internal "oral" medications.

1- الغرض:

1.1 لوصف العملية التي يتم من خلالها تخزين الأدوية بأمان وفقاً لمتطلبات درجة الحرارة للشركة المصنعة، وفصل المطهرات والمعقمات والعقاقير للاستخدام الخارجي من الحقن والعقاقير للاستخدام الداخلي.

1.2 لوصف عملية المراقبة والتسجيل لجميع الثلاجات والفريزر التي تقع داخل قسم الصيدلية، المستودع، ومناطق العناية بالمرضى.

2- التعريفات:

1.2 **التبريد:**(2-8) درجة مئوية.

2.2 **التجميد(الفريزر):** أقل من (0درجة مئوية). يستشار فيها كتيب الشركة المصنعة لكل المنتجات لأن بعض المنتجات تتطلب درجات تجميد منخفضة أكثر من غيرها.

3.2 **القراءة الرقمية الخارجية** :هي درجة حرارة الهواء داخل الثلاجة في الوقت الحالي.

4.3 **Scimetrics**: نظام إنذار لمراقبة درجات حرارة التبريد 24ساعة في اليوم.

3- السياسات:

1.3 يتم فصل جميع الأدوية جيداً وعليها ملصقة المسميات بطريقة صحيحة على أرفف الثلاجة.

2.3 سيتم مراقبة الثلاجات والفريز رات التي تقع داخل القسم بشكل روتيني للتأكد من أنه يتم الحفاظ على درجة الحرارة الصحيحة فيما يتعلق بالبنود التي يجري تخزينها في كل ثلاجة أو فريزر . وسيتم الاحتفاظ بالوثائق الخاصة بنشاط الرصد والمراقبة.

3.3 يتم تخزين جميع المطهرات ،وأدوية الاستخدام الخارجي بشكل منفصل عن الحقن والأدوية للاستخدام الفموي.

Applied to: Pharmacy Staff العاملين بالصيدلية	**Title: Storage of medications** تخزين الأدوية	**2 of 5**
Department: Pharmacy الصيدلية	**Policy Number: PH-IPP-001EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-001EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4- PROCEDURES:

4.1 Storage of Medications in The Pharmacy:

4.1.1 All medications are well separated and properly labeled upon display on the shelves in the store room or pharmacy while keeping unrefrigerated drugs at room temperature between 18-25 C. Make a list of the medications available in the store and also the pharmacy and check quantities and expiration dates using the Pharmacy Drug Record Form and Drug Inventory Record Form.

4.1.2 **High Risk Medications** are identified by special labels (Red Color) and are separated from other medications in locked cabinets in the pharmacy and clinics (See enclosed list).

4.1.3 **Look-Alike / Sound-Alike** Medications which have potential for confusion due to similarity in packaging or names are identified and treated with extra precautions to prevent error (These medications are labeled with TALL LETTERS in light blue stickers). There is list of Look-alike / Sound-alike medications (enclosed) available and distributed to areas where medications are used.

4.1.4 Other drugs, which require special storage precautions (i.e. flammables, chemicals, narcotic & controlled drugs, cytotoxic & hazardous drugs), are treated according to their special storage requirements and precautions in the pharmacy. The pharmacy should use the stock rotation system which is dispensing near expire medications before medications with later expiration date (First in – First Out).

4.1.5 In patient care areas medications will be stored in specialized compartments and secured drawers at all times when not in use. Medications should not be stored on the floor whether in the pharmacy or store room.

4.1.6 Medications will be stored in an orderly manner (internal use items separate from external use items) in areas only accessible to designated and authorized personnel.

4- الإجراءات:

1.4 تخزين الأدوية في الصيدلية:

1.1.4 يتم فصل جميع الأدوية جيداً ويتم تعليمها بشكل صحيح على رفوف مستودع الأدوية، والصيدلية مع حفظ الأدوية التي لا تحتاج إلى تبريد في درجة حرارة الغرفة ما بين 18 و25 درجة مئوية. عمل قائمة بالأدوية الموجودة بالمخزن، وكذلك محتويات الصيدلية مع متابعة صلاحيتها والكميات الموجودة بها باستخدام سجل عهدة الصيدلية ومدور الأدوية

2.1.4 يتم تحديد الأدوية ذات الخطورة العالية بواسطة علامات خاصة أو علامات ملونة وتوضع منفصلة عن الأدوية الأخرى في الصيدلية والعيادات.

3.1.4 **الأدوية المتشابهة في الشكل/ أو المتشابهة في الاسم** ويمكن أن يحدث اختلاط/ارتباك بسبب التعبئة والتغليف، أو تشابه في الأسماء، تحدد وتعامل باحتياطات شديدة لتجنب حدوث الأخطاء (تخزن هذه الأدوية وعليها ملصقة الاسم بالأحرف الكبيرة باللون الأزرق الفاتح). توجد قائمة هذه الأدوية (مرفقة) متوفرة في كل المناطق التي تستخدم فيها الأدوية.

4.1.4 يتم التعامل مع الأدوية الأخرى، والتي تتطلب احتياطات تخزين خاصة (المواد القابلة للاشتعال، والمواد الكيميائية، والعقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة، والأدوية السامة للخلايا والخطرة)، تعامل وفقاً لاحتياجات التخزين والتحذيرات الخاصة بها في الصيدلية. يجب أن يكون هناك نظام الدوران المستودعين Stock Rotation أي بمعنى أن الدواء ذو انتهاء الصلاحية القريبة أولاً قبل الدواء ذو انتهاء الصلاحية المتأخرة Fist In – First Out.

5.1.4 وسيتم تخزين الأدوية في مناطق الرعاية بالمرضى في دواليب خاصة وأدراج مؤمنة في جميع الأوقات عندما لا تكون قيد الاستعمال. يجب ألا يتم وضع الدواء على الأرض سواء في الصيدلية أو المستودعات.

6.1.4 وسيتم تخزين الأدوية بطريقة منظمة (أدوية الاستخدام الداخلي منفصلة عن أدوية الاستخدام الخارجي) في المناطق التي يمكن أن يصل إليها الأفراد المصرح لهم فقط.

Applied to: Pharmacy Staff العاملين بالصيدلية	Title: Storage of medications تخزين الأدوية	3 of 5
Department: Pharmacy الصيدلية	Policy Number: PH-IPP-001EA(2)	Replaces No.: PH-IPP-001EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.1.7 Pharmacist will perform monthly audits of patient care areas to ensure compliance with the proper patient safety considerations regarding the storage of medications.

4.2 Storage of Antiseptics, Disinfectants and Drugs for External Use:

4.2.1 All antiseptics, disinfectants, and drugs for external use are stored separately from injectable and other internally used medications. This applies to the pharmacy store, emergency room, and the clinics.

4.3 Storage of Refrigerated Drug Items

4.3.1 All drug items requiring refrigeration are stored appropriately.

4.3.2 Pharmacy staff in, OPD, ER and pharmacy store, and Head Nurses in patient care areas are responsible for recording daily and maintaining a log sheet for temperature of refrigerators in the pharmacy and clinics.

4.3.3 Notify the maintenance department of any problem, which will in turn evaluate the situation and contact the respective supervisor if required.

4.3.4 Corrective action for refrigerators displaying temperature outside desired range should be taken immediately by first calling the maintenance department for repair within 30 minutes. If not repaired then transfer all contents to a similar unit within the department, attach an inventory list to the broken unit, listing all items removed, quantity and new location. Attach a copy of the inventory list to the temporary new location. Inform the maintenance manager of the refrigerator problem and the transfer of the inventory. The maintenance supervisor is responsible to do what's needed to repair the malfunction.

4.3.5 No food, drinks, biological samples, or culture media are allowed in medication Refrigerators.

7.1.4 سوف يقوم الصيدلي بتنفيذ عمليات مراجعة شهرية لمناطق العناية بالمريض لضمان الامتثال لاعتبارات السلامة المناسبة في مايتعلق بتخزين الأدوية.

2.4 تخزين المطهرات والأدوية للاستخدام الخارجي:

1.2.4 يتم تخزين كل المطهرات، وأدوية الاستخدام الخارجي بشكل منفصل عن الحقن وغيرها من الأدوية المستخدمة عن طريق الفم . هذا ينطبق على مستودع الصيدلية، قسم الطوارئ والعيادات.

3.4 تخزين مواد الأدوية المبردة:

1.3.4 يتم تخزين جميع الأدوية التي تحتاج إلى تبريد بشكل مناسب.

2.3.4العاملين في الصيدلية، العيادات الخارجية، الطوارئ، مستودع الصيدلية، ورؤساء الممرضات في مناطق العناية بالمرضى هم المسئولين عن التسجيل اليومي والحفاظ على ورقة سجل درجات حرارة الثلاجات في الصيدلية والعيادات.

3.3.4إعلام قسم الصيانة عن أي مشكلة، وهو بدوره سوف يقوم بتقييم الوضع والاتصال بالمشرف المختص إذا لزم الأمر.

4.3.4 ينبغي اتخاذ الإجراءات التصحيحية للثلاجات التي تبين أن درجة الحرارة خارج النطاق المطلوب فوراً أولا من خلال طلب قسم الصيانة للإصلاح في غضون 30 دقيقة . إذا لم يتم الإصلاح بعد ذلك يتم نقل كافة المحتويات إلى ثلاجة مماثلة داخل أو بالقرب من القسم، وإرفاق قائمة الجرد إلى الثلاجة المعطلة، تسجل كل الأدوية التي تم إزالتها، وكميتها ومكانها الجديد مع إرفاق نسخة من لائحة الجرد إلى الموقع الجديد المؤقت . أبلاغ مدير الصيانة بمشكلة التبريد ونقل المخزون .مشرف الصيانة هو المسئول عن عمل اللازم لإصلاح العطل.

5.3.4 غير مسموح بتخزين المأكولات، المشروبات، العينات البيولوجية، أو عينات المزرعة البكتيرية في ثلاجات الأدوية.

4.4 الثلاجات: نوعان

1.4.4 **الثلاجات الكبيرة (حجم الغرفة):**

4.4 **Refrigerators: 2 types –**

4.4.1 **Large units (room size) refrigerators:**

4.4.1.1 Used for storing large quantities of refrigerated drug items such as vaccines, insulin, heparins, and other drugs and equipped with a temperature-monitoring device. These refrigerators are found in large healthcare centers and hospitals.

4.4.2 **Small and medium size refrigerators:**

4.4.2.1 Used to store small stocks of refrigerated drug items and is available in the pharmacy, ER and also in patient care areas.

4.4.2.2 Some of these units are equipped with a portable temperature-monitoring device, while in others the device is mounted on the unit itself.

4.4.2.3 The small units' refrigerators are checked daily. If any problem, the maintenance department will be contacted to evaluate the situation and correct the problem or contact the supervisor if required.

1.1.4.4 تستخدم لتخزين كميات كبيرة من الأدوية التي تحتاج إلى تبريد مثل اللقاحات والأنسولين والهبارين، وغيرها من الأدوية ومجهزة بجهاز لمراقبة درجة الحرارة، توجد مثل هذه الثلاجات في المراكز الكبيرة والمستشفيات.

2.4.4 ثلاجات صغيرة ومتوسطة الحجم:

1.2.4.4 تستخدم لتخزين مخزون صغير من أصناف الأدوية التي تحتاج إلى تبريد تتوفر في الصيدلية، الطوارئ، وكذلك في مناطق العناية بالمرضى.

2.2.4.4 قد تم تجهيز بعض من هذه الثلاجات بجهاز غير مثبت لمراقبة درجة الحرارة، بينما في ثلاجات أخرى يكون الجهاز مركباً في الوحدة نفسها.

3.2.4.4 يتم التحقق بشكل يومي من درجة حرارة الثلاجات الصغيرة . إذا هناك أي مشكلة، سيتم الاتصال بقسم الصيانة لتقييم الوضع وتصحيح المشكلة أو الاتصال بالمشرف المسئول إذا لزم الأمر.

5- **RESPONSIBILITIES**

5- المسئوليات:

3

4

5

5.1 **Pharmacist/Assistant Pharmacist:** is responsible for performing monthly audits of patient care areas to ensure patient safety regarding the storage of medications.

5.2 **Pharmacy staff and Nurses:** are responsible for recording daily and maintaining a log sheet, for temperature of refrigerators in patient care areas, in the pharmacy and clinics.

5.1 **الصيدلي/ مساعد الصيدلي** :هو المسئول عن تنفيذ عمليات المراجعة شهرياً لمناطق العناية بالمرضى لضمان سلامة المرضى بشأن تخزين الأدوية.

5.3 **Maintenance supervisor:** is responsible for arranging to repair the malfunction, when a refrigeration problem occurs.

5.4 **The charge nurse:** is responsible for calling maintenance for any problems with the refrigerators.

5.2 **موظفي الصيدلية والممرضات:** هم المسئولين عن التسجيل اليومي والحفاظ على ورقة السجل لدرجة حرارة الثلاجات في مناطق العناية بالمرضى، في الصيدلية والعيادات.

5.3 **المشرف على الصيانة:** هو المسئول عن الترتيب لإصلاح العطل، عندما تحدث مشكلة في الثلاجات.

5.4 **الممرضة المسئولة:** هي المسئولة عن الاتصال بمسئول الصيانة لإصلاح أي عطل بالثلاجات.

6- FORMS:

6.1 Pharmacy Drug Record.
6.2 Drug Inventory Record.

6.3 Temperature Monitoring Sheet.

6.4 Out of Order Report Form.

6- النماذج:

1.6- سجل عهدة الصيدلية.

2,6- مدور الأدوية.
3,6- نموذج تسجيل حرارة الثلاجة.
4,6- نموذج إبلاغ أعطال.

7 - REFERRANCES ((المراجع):

7.1 CBAHI Resource Manual
7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.
7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Medical & Pharmacy Staff الفريق الطبي والصيدلية	Title: Drug Prescription الوصفة الدوائية	Page 1 of 4
Department: PH	Policy Number: PH-APP-045EA (2)	Replaces No.: PH-APP-045EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To describe the process for handling and dispensing clinic prescriptions, proper labeling of drugs, and patient and family education before going home.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Chronic Diseases Medications –** Are drugs that are prescribed for a long period of time for patients with chronic diseases.

3- POLICY:

3.1 The Health Care Center's pharmacy has an effective and consistent policy and procedure for the preparation and dispensing of clinic prescriptions including filling, refilling prescriptions, and self-medication of healthcare professionals, according to the Rules and Regulations of the MOH and the CBAHI Standards.

4- PROCEDURES:

4.1 Health Center Pharmacy:

4.1.1 **Prescriptions Received from Clinics:**

a. The assistant pharmacist should receive and attach a claim check to the prescription:

1. A colored number for male prescriptions for regular medications and chronic disease medications (hypertension, cardio, diabetes mellitus, and endocrinology).
2. Another colored number is given for female regular and chronic medications.

b. The lower part of the claim number which has the same number that's attached to the prescription should be given to the patient and asked to wait.

c. The prescription should have the file number, patient name, age, sex, nationality, clinic name,

1- الغرض:

1.1 لوصف عملية استلام وصرف الوصفات الطبية لمرضى العيادات ، ووضع التعليمات المناسبة على الأدوية، وتثقيف المريض والأسرة عن كيفية استخدام الأدوية قبل الذهاب إلى المنزل.

2- التعريفات:

1.2 أدوية الأمراض المزمنة - هي الأدوية التي توصف لفترة طويلة من الوقت للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة.

3- السياسات:

1.3 صيدلية المركز الصحي لديها سياسة فعالة ومنسقة وإجراءات لإعداد وصرف الوصفات الطبية لمرضى العيادات بما في ذلك صرف وإعادة صرف الوصفات الطبية, والتطبيب الذاتي لموظفي الرعاية الصحية، وفقاً للقوانين واللوائح من وزارة الصحة ومعايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.

4- الإجراءات:

1.4 صيدلية المركز الصحي:

1.1.4 **وصفات تستقبل من العيادات:**

أ) ينبغي أن يستقبل فني الصيدلي الوصفة الطبية ويرفق عليها رقم للمطالبة بها عندما الانتهاء من تجهيزها:

1) إعطاء رقم ملون للمرضى الرجال لصرف الأدوية الاعتيادية وأدوية الأمراض المزمنة) أدوية ضغط الدم وأمراض القلب، داء السكري، وأمراض الغدد الصماء) .
2) إعطاء رقم بلون آخر للنساء للأدوية الاعتيادية وأدوية الأمراض المزمنة.

ب) ينبغي أن يعطى الجزء السفلي من رقم المطالبة الذي يحمل العدد نفسه في الوصفة، يعطى للمريض ويطلب منه الانتظار.

ج) ينبغي أن تحتوي الوصفة على رقم الملف، اسم المريض، العمر، النوع، الجنسية، اسم العيادة، التشخيص، وتوقيع وختم الطبيب، والتاريخ.

diagnosis, physician signature and stamp, and date.

d. The pharmacist/assistant pharmacist should check the prescriptions for accuracy and any drug-drug interaction and contact the physician if necessary.

e. The pharmacy assistant should fill the prescription; write down the amounts dispensed and his signature.

f. The medication label should contain the center's name, patient name, drug name, strength, quantity, dosage, directions for use, expiration date, and auxiliary labels if required.

g. The pharmacist/assistant pharmacist should double check the prepared medication before dispensing.

h. The assistant pharmacist should collect all prepared prescriptions and hands them over to the pharmacist in the windows for dispensing.

i. The pharmacist/assistant pharmacist in the window should check the prescription, the label, and the number on the claim check, then explain the instructions for use to the patient.

j. The pharmacist/assistant pharmacist shall offer patient and families education for dispensed medications and give written drug counseling materials (brochures and leaflets) in a private area for patient counseling.

k. The pharmacist/assistant pharmacist then signs the dispensed prescription and places it in the prescription cassette.

l. Self-medication of healthcare professionals will be handled and dispensed separately.

4.1.2 **Refill Prescriptions:**

a. These are prescriptions that contain refill medications for chronic diseases that the pharmacy can supply on monthly basis.

b. When a new prescription for chronic medications is received the assistant pharmacist should check the Appointment Card to make sure that the patient has a valid appointment.

د) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي التأكد من صحة الوصفة وإذا كان هناك أي تفاعل بين الأدوية ويتم الاتصال بالطبيب إذا لزم الأمر.

ه) ينبغي على مساعد الصيدلي تحضير الوصفة؛ كتابة الكميات المصروفة ثم يوقع.

و) ينبغي أن تحتوي ملصقة الدواء على اسم المركز، اسم المريض، اسم الدواء، التركيز، الكمية، الجرعة، إرشادات الاستخدام، تاريخ انتهاء الصلاحية، والملصقات التحذيرية المساعدة إذا لزم الأمر.

ز) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي تكرار المراجعة على الأدوية التي أعدت قبل صرفها.

ح) ينبغي لمساعد الصيدلي جمع كل الوصفات الجاهزة وتسليمها إلى الصيدلي في شباك الصرف.

ط) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي التحقق من الوصفة، الملصقة، رقم المطالبة، ثم شرح إرشادات الاستخدام للمريض.

ى) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي تقديم إرشادات للمريض والأسرة عن الأدوية التي تم صرفها وتقديم أي مواد مكتوبة عن الأدوية إذا لزم الأمر (الكتيبات والنشرات) في منطقة خاصة لتقديم المشورة المريض.

ك) ثم يوقع الصيدلي/ مساعد الصيدلي على الوصفة الطبية المصروفة ووضعها في صندوق الوصفات الطبية.

ل) سيتم التعامل وصرف الوصفات الخاصة بالكادر الصحي للرعاية الصحية بطريق خاصة ومنفصلة.

2.1.4 **وصفات إعادة التعبئة (تكرار الصرف):**

أ) هذه الوصفات تحتوي على أدوية للأمراض المزمنة التي تحتاج إلى تكرار الصرف، والتي يمكن أن توفرها الصيدلية بشكل شهري.

ب) عند تلقي وصفة طبية جديدة للأدوية المزمنة يجب على مساعد الصيدلي التحقق من موعد بطاقة المراجعة مع الطبيب ليتأكد من أن المريض لديه موعد صالح.

ج) بمجرد أن تعبأ الوصفة الطبية، يتم إصدار كرت إعادة صرف الأدوية للمريض موضحاً به التاريخ التالي للصرف.

د) **ينبغي** على الصيدلي/ مساعد الصيدلي مقارنة الوصفة الجديدة وتحديث المعلومات التي تم تسجيلها على ملف المريض الدوائي.

c. Once the prescription is filled, a refill card is issued to the patient indicating the next date for refill.

d. The pharmacist/assistant pharmacist should compare the new prescription and update the information that's registered in the patient drug profile.

e. After updating the information, a refill should be made.

f. The pharmacist/assistant pharmacist should attach the refill card and the appointment card and the prescription together for filling.

4.2 <u>Proper Labeling of Drugs</u>:

4.2.1 All outpatient drugs when dispensed to the patient are labeled in Arabic and/or English according to the patient preference.

4.2.2 The outpatient label should reflect:

- 4.2.2.1 Center's name.
- 4.2.2.2 Patient name.
- 4.2.2.3 Drug scientific name.
- 4.2.2.4 Strength.
- 4.2.2.5 Dosage.
- 4.2.2.6 Directions for use.

4.2.3 Colored Auxiliary Labels shall be applied to the medication bag whenever applicable (e.g. refrigerate, do not refrigerate, shake before use, external use, etc.)

ه) بعد تحديث المعلومات في ملف المريض الدوائي، فإنه ينبغي إصدار كرت إعادة صرف الأدوية.

و) ينبغي أن يرفق الصيدلي/ مساعد الصيدلي كرت إعادة الصرف، وبطاقة المراجعة للعيادة، والوصفة الطبية معاً للتعبئة.

2.4 <u>الملصقات الصحيحة للأدوية</u>:

1.2.4 جميع الأدوية لمرضى العيادات الخارجية عندما يتم صرفها للمريض توضح لهم باللغة العربية أو الإنجليزية وفقاً لرغبة المريض.

2.2.4 ملصقة الدواء للعيادات الخارجية ينبغي أن تعكس الآتي:

- 1.2.2.4 أسم المركز.
- 2.2.2.4 أسم المريض.
- 3.2.2.4 الأسم العلمي للدواء.
- 4.2.2.4 التركيز.
- 5.2.2.4 الجرعة.
- 6.2.2.4 إرشادات الاستخدام.

3.2.4 ينبغي أن يحمل كيس الدواء على ملصقات ملونة مساعدة يستند لها قبل الاستعمال(على سبيل المثال تحفظ مبردة لا تبرد ترج قبل الاستخدام، للاستخدام الخارجي، الخ).

5- <u>RESPONSIBILITIES:</u>

5.1 The Pharmacist / Assistant Pharmacist: is responsible for:

5.1.1 Receiving and attaching a claim check to the prescription.

5.1.2 Filling the prescription, writing down the amounts dispensed and his/her signature.

5- <u>المسئوليات:</u>

1.5 الصيدلي / مساعد الصيدلي :هو المسئول عن -

1.1.5 استلام وإرفاق رقم الطلب إلى الوصفة.

2.1.5 تعبئة الوصفة الطبية تدوين الكميات المصروفة ويقوم الفني بالتوقيع.

3.1.5 تجميع كل الوصفات الجاهزة وتسليمها إلى الصيدلي لصرفها.

Applied to: Medical & Pharmacy Staff الفريق الطبي والصيدلية	Title: Drug Prescription الوصفة الدوائية	Page 4 of 4
Department: PH	Policy Number: PH-APP-045EA (2)	Replaces No.: PH-APP-045EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5.1.3 Collecting all prepared prescriptions and hands them over to the pharmacist for dispensing.

5.1.4 Checking the Appointment Card when a new prescription for chronic medications is received**.**

5.1.5 Checking the prescriptions for accuracy and any drug-drug interactions**.**

5.1.6 Double-checking the prepared medication before dispensing.

5.1.7 Offering the patient and his family education for the dispensed medications**.**

5.1.8 Signing the dispensed prescription.

4.1.5 التحقق من موعد بطاقة المراجعة مع الطبيب عند تلقي الوصفة الجديدة لأدوية الأمراض المزمنة.

5.1.5 التحقق من الوصفات الطبية للتأكد من صحتها وإذا كان هناك أي تفاعلات بين الأدوية.

6.1.5 التأكد مرتين من الأدوية التي أعدت قبل صرفها.

7.1.5 إرشاد المريض وأسرته كيفية استخدام الأدوية المصروفة.

8.1.5 التوقيع على الوصفة المصروفة.

6- <u>FORMS</u>:

Drug Prescription Form (HR22).

6- <u>النماذج</u>:

نموذج الوصفة الطبية (HR22)

7- <u>REFERRANCES:</u>

7.1 Quality Management for Primary Health Care Centers 2005
7.2 CBAHI Resource Manual.
7.3 Policies & Procedures for PHC Accreditation Standards

7- <u>المراجع</u>:

1.7 - "دليل الجودة النوعية في الرعاية الأولية 2005م"
2.7 - دليل اللجنة المركزية لاعتماد المنشآت الصحية.
3.7 - سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: **Medical & Pharmacy Staff**	**Title: Prescribing Privileges** امتيازات صرف الدواء	**Page 1 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-040EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-040EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To outline the process for implementation of the drug eligibility list.

2- DEFINITIONS:

2.1 Drug Eligibility: Are those drugs that the Pharmacy & Therapeutic Committee has directed to be dispensed only on the prescription of certain physicians and/or only for specific indications

3- POLICY:

3.1 The pharmacy has a list containing physicians prescribing privileges, and should be updated every year and whenever a new medical staff joins.

3.2 The list should be available to the pharmacy staff in each drug dispensing area.

3.3 The pharmacy staff should be aware of the list.

3.4 The Pharmacy & Therapeutics Committee may give certain formulary drugs a "restricted status to certain specialty" because of their unique nature and/or high cost.

3.5 The restrictions are listed for the outpatient pharmacy and in the Pharmacy & Therapeutics Committee (P&T) meeting minutes.

3.6 For those restricted drugs that are prescribed for a finite number of days, the pharmacy personnel will issue the total quantity required for one course of therapy.

3.7 Certain drugs have strict prescribing restrictions detailing how drugs are to be ordered and by which medical service. For example, Amphotericin B Liposomal is restricted to Infectious Disease.

3.8 Physicians are expected to specify on the prescription the indication for which the restricted drug is being used

4- PROCEDURES:

4.1 The Pharmacist/Assistant Pharmacist shall verify the eligibility of the prescription received:

4.1.1 He / She will check that the physician has the prescribing authority as per the privilege list in the outpatient pharmacy (**See Physician's Prescribing Privileges List**).

1- الغرض:

1.1 وضع الخطوط العريضة لعملية تطبيق قائمة أهلية صرف الأدوية.

2- التعريفات:

1.2 أهلية الأدوية: هي تلك العقاقير التي وجهتها لجنة الصيدلة والعلاجيات أن تصرف فقط على وصفة طبية من أطباء معينين أو لدواعي استخدام محددة فقط

3- السياسات:

1.3 الصيدلية لديها قائمة تحتوي على وصف امتيازات الأطباء، ويجب أن يتم تحديثها كل عام، وكلما ينضم إلى الموظفين أطباء جدد.

2.3 ينبغي أن تكون القائمة متاحة لموظفي الصيدلية في كل منطقة صرف دواء.

3.3 ينبغي أن يكون موظفو الصيدلية على دراية بالقائمة.

4.3 قد تعطى لجنة الصيدلة والعلاجيات أدوية صيغة معينة "حالة محددة لتخصص معين " نظراً لطبيعتها الفريدة و / أو ارتفاع سعرها.

5.3 يتم سرد القيود المفروضة على صيدلية العيادات الخارجية وفي محضر اجتماع لجنة الصيدلة والعلاجيات (P &T).

6.3 للحصول على تلك العقاقير المحظورة التي يتم وصفها لعدد محدود من الأيام، سوف يقوم العاملين في الصيدلية بصرف إجمالي الكمية المطلوبة لفترة العلاج.

7.3 بعض الأدوية تفرض عليها قيود صارمة توضح بالتفصيل كيف تطلب وبأي الخدمات الطبية، على سبيل المثال يقتصر الأم وتريسين B لايبوسومال للأمراض المعدية.

8.3 من المتوقع من الأطباء أن يحددوا على الوصفة الطبية دواعي استخدام هذه الأدوية المحظورة.

4- الإجراءات:

1.4 يتحتم على الصيدلي/ مساعد الصيدلي التحقق من أهلية الوصفة الطبية المستلمة.

1.1.4هو/هي سيتحقق أن هذا الطبيب لديه الصلاحية التي تفرض وفقاً لقائمة الامتياز بصيدلية العيادات الخارجية (انظر قائمة امتيازات وصف الأدوية من خلال الطبيب).

2.1.4 هو/هي سوف يتحقق من أنه تم وصف العلاج المناسب للأعراض المرضية.

Applied to: Medical & Pharmacy Staff	Title: Prescribing Privileges امتيازات صرف الدواء	Page 2 of 3
Department: PH	Policy Number: PH-APP-040EA (2)	Replaces No.: PH-APP-040EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.1.2 He / She will check that the drug is being prescribed for the appropriate indications.

4.2 If there is any problem with eligibility the pharmacist/assistant pharmacist will clarify the matter with the physician who wrote the prescription.

4.3 If there is any conflict with the physician, the pharmacist/assistant pharmacist will contact the head of pharmacy.

4.4 The head of pharmacy will contact the physician or his head of department trying to resolve the conflict.

4.5 Finally the head of pharmacy will contact the assistant director for professional affairs if any unresolved conflicts remained.

2.4 إذا كان هناك أي مشكلة مع الأهلية سوف يستوضح الصيدلي/ مساعد الصيدلي هذه المسألة مع الطبيب الذي كتب الوصفة.

3.4 إذا كان هناك أي تعارض مع الطبيب، سيقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بالاتصال برئيس الصيدلية.

4.4 سوف يقوم رئيس الصيدلية بالاتصال بالطبيب أو رئيسه لمحاولة حل المشكلة.

5.4 وأخيراً يقوم رئيس الصيدلية بالاتصال بالمساعد للشئون الفنية إذا استمرت المشكلة.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The Pharmacist / Assistant Pharmacist: is responsible for verifying the eligibility of the prescription received, and checking the eligibility of the prescribed drug for the appropriate indications.

5.2 The Physician: To adhere to his/her prescribing privileges.

5- المسئوليات:

1.5 الصيدلي/ مساعد الصيدلي :هو المسئول عن التحقق من أهلية الوصفة المستلمة، والتحقق من تناسب الدواء المقرر مع المرض.

5.2 **الطبيب** : ينبغي أن يتمسك الطبيب بالامتيازات الممنوحة له.

6- FORMS:

None

6- النماذج:

لا يوجد

7 - REFERRANCES ((المراجع):

7.1 CBAHI Resource Manual
7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.
7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Medical & Pharmacy Staff	Title: Prescribing Privileges امتيازات صرف الدواء	Page 3 of 3
Department: PH	Policy Number: PH-APP-040EA (2)	Replaces No.: PH-APP-040EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

PHYSICIAN'S PRESCRIBING PRIVILEGES

Drugs That Can Be Prescribed ONLY by Consultants and Specialists Within Their Scope Of Practice:

1- Restricted Antibiotics:

- Ciprofloxacin 500 mg tab.
- Sodium Stibogluconate 100 mg inj.

2- High Risk Medications:

- Adrenaline 1 mg inj.
- Diazepam 10 mg inj.
- Ethyl Alcohol 95% Solution.
- Insulin Regular, NPH, & Mixtard
- Morphine Sulphate10 mg inj.
- Naloxone Hcl 0.4 mg inj.
- Promethazine Hcl 50 mg inj.

3- Anti-Depressant Medications:

- Citalopram 20 mg tab.
- Fluoxetine 20 mg cap.
- Fluvoxamine Maleate 50 mg tab..
- Imipramine Hcl 10 mg & 25mg tabs.

4- Obstetrics & Gynecology Medications:

- Anti-D (Rho) Immunoglobulin1250 IU inj.
- Medroxyprogesterone Acetate 5 mg tab.
- Methylergotamine Maleate 0.2 mg inj.
- Miconazole 200 mg vaginal suppos.
- Norethisterone 5 mg tab.
- Nystatin 100,000 IU vaginal tab.
- Phytomenadione 1 mg inj.

5- Narcotics & Controlled Medications:

Narcotics:

- Morphine Sulphate 10mg inj.

Controlled:

- Ethyl Alcohol 95% Solution.
- Naloxone Hcl 0.4 mg inj.
- Valium 10 mg injection & 5 mg rectal suppository.

Drugs That Can Be Prescribed By All Physicians According To Their Scope Of Practice:

All other medications not mentioned above are dispensed by prescription to all physicians and according to their scope of practice.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Stability of multiple dose vials استقرار الأدوية ذات الجرعات المتعددة	Page 1 of 6
Department: PH	Policy Number: PH-APP-041EA (2)	Replaces No.: PH-APP-041EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To provide guidelines for determining the suitability and ensuring stability of open multiple dose medications; and for determining and applying appropriate expiration dates to the original multi-dose containers.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Multi-Dose Vials:** A vial with a stopper containing preservatives intended to be accessed with a needle and syringe on more than one occasion.

2.2 **Vial:** A glass or plastic container/bottle sealed with a stopper.

2.3 **Ampoule:** A glass or plastic container/bottle sealed without a stopper, hence for single use only.

2.4 **Single Patient Use:** Used more than once but for the same patient.

2.5 **Multi-Dose Containers:** Are those vials that contain more than one dose of medication and dispensed in the manufacturer original package to the units.

2.6 **Multi-Dose Medications (that cannot be dispensed in unit-dose form) include:**

2.6.1 Topical ointments, creams, lotion and powders.

2.6.2 Ophthalmic drops and ointment.

2.6.3 Otic drops.

2.6.4 Nasal drops and sprays.

2.6.5 Oral inhalers.

2.6.6 Multiple dose vials.

2.6.7 Vaccines.

2.6.8 Oral solutions or syrups.

2.6.9 Parenteral Fluids/Electrolytes.

2.6.10 Solutions for irrigation

1- الغرض:

1.1 لتوفير مبادئ توجيهية لتحديد مدى الملاءمة وضمان استقرار الأدوية المفتوحة ذات الجرعات المتعددة، وتحديد وتطبيق تواريخ انتهاء الصلاحية المناسبة للقوارير الأصلية متعددة الجرعات.

2- التعريفات:

1.2 **القوارير متعددة الجرعات :**قارورة لها سدادة تحتوي على مواد حافظة المراد استخدامها بواسطة الإبر والمحاقن في أكثر من مناسبة.

2.2 **القارورة:** وعاء/زجاجة بلاستيكية أو زجاجية مغلقة ولها سدادة بلاستيكية.

3.2 **الأمبولة :**وعاء/زجاجة من الزجاج أو البلاستيك مغلقة دون سدادة، وبالتالي تستخدم مرة واحدة فقط.

4.2 **الاستخدام لمريض واحد :**يستخدم أكثر من مرة ولكن لنفس المريض.

5.2 **القوارير متعددة الجرعات** :هي تلك التي تحتوي على أكثر من جرعة واحدة من الدواء وتصرف في الحزمة الأصلية للصانع ف للأقسام.

6.2 **الأدوية متعددة الجرعات (التي لا يمكن صرفها بنظام الجرعة الواحدة) تتضمن ما يلي:**

1.6.2 المراهم الموضعية، الكريمات الغسول والمساحيق.

2.6.2 قطرات العيون والمراهم.

3.6.2 قطرات الأذن.

4.6.2 قطرة الأنف، وبخاخات الأنف.

5.6.2 البخاخات عن طريق الفم.

6.6.2 قوارير الجرعات المتعددة.

7.6.2 اللقاحات.

8.6.2 محاليل تؤخذ عن طريق الفم أو الأشربة.

9.6.2 المحاليل الوريدية/ أملاح الدم.

10.6.2 محاليل للتروية.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Stability of multiple dose vials استقرار الأدوية ذات الجرعات المتعددة Page 2 of 6	
Department: PH	Policy Number: PH-APP-041EA (2)	Replaces No.: PH-APP-041EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

3- **POLICY:**

3.1 The pharmacy will provide the guidelines for determining and applying appropriate expiration dates for multi-dose vials/containers in the pharmacy and patient care areas, and for determining if an opened container is suitable for multiple uses. All open multi-dose containers should carry open date, expiry date, initials, and time.

3.2 No expired open or unlabeled open multi-dose containers should be found in the healthcare clinics.

3.3 Stability data should be posted in the pharmacy and every patient care area in the center.

3.4 It is preferred to use single dose vials/containers whenever possible.

3.5 Multi-Dose vials/containers shall not be used when suspected or visible contamination occurs (i.e. color change, turbidity, leaks, cracks).

-3 **السياسات:**

1.3 سوف تقوم الصيدلية بإصدار توجيهات لتحديد وتطبيق تواريخ انتهاء الصلاحية المناسبة للقوارير متعددة الجرعات في الصيدلية ومناطق العناية بالمرضى، وبالنسبة لتحديد ما إذا كانت القارورة المفتوحة مناسبة لاستخدامات متعددة. جميع القوارير المفتوحة متعددة الجرعات ينبغي أن تحمل تاريخ الفتح، تاريخ انتهاء الصلاحية الأحرف الاولى لمن قام بالاستخدام الأول، والوقت.

2.3 لا ينبغي أن يوجد أي قوارير متعددة الجرعات منتهية الصلاحية، مفتوحة أو غير مكتوب عليها في مناطق رعاية المرضى.

3.3 ينبغي نشر بيانات ثبات الدواء والصلاحية في الصيدلية وكل مناطق رعاية المرضى في المركز.

4.3 يفضل استخدام قوارير/أوعية الجرعة الواحدة كلما كان ذلك ممكناً.

5.3 لا يجوز استخدام قوارير/أوعية متعددة الجرعات عند الاشتباه أو حدوث تلوث مرئي(تغير لونها، تعكر، تسريبات، شقوق).

4- **PROCEDURES**:

4.1 **Guidelines for The Use of Multi-Dose Vials/Containers**: If an opened container is suitable for use, the following guidelines shall be followed:

4.1.1 New expiry date should be written on the label of the opened vial/container; the label should contain the following information:

a. Date of opening.

b. Date of due expiry (one month from opening date).

c. Initials of the person who opened the vial/container.

d. Time of opening if the stability is for less than 24 hours.

4.1.2 Although some drugs are available from the manufacturer in vials, it may be intended for single use only. It has no preservative.

4.1.3 Before using any opened multi-Dose vial the nurse should check the following:

-4 **الإجراءات:**

1.4 **المبادئ التوجيهية لاستخدام قوارير/الأوعية متعددة الجرعات** :إذا كانت القارورة المفتوحة مناسبة للاستخدام، يجب أن اتباع الإرشادات التالية:

1.1.4ينبغي أن يكتب تاريخ الانتهاء الجديد على لاصقة القارورة /الوعاء المفتوح، وينبغي أن تحتوي اللاصقة على المعلومات التالية:

أ. تاريخ الفتح.

ب. تاريخ انتهاء الصلاحية (شهر واحد من تاريخ بدأ الاستعمال).

ج. الحروف الأولى من أسم الشخص الذي فتح القارورة / الوعاء.

د. وقت الفتح إذا كان ثبات الدواء أقل من 24 ساعة.

2.1.4 على الرغم من أن بعض الأدوية متوفرة من الشركة المصنعة في قارورة، إلا انها معدة للاستخدام مرة واحدة فقط، لإن ليس بها مادة حافظة.

3.1.4 ينبغي قبل استخدام أي قارورة مفتوحة متعددة الاستخدام يجب أن تتحقق المرضة مما يلي:

Applied to: **All PHC Staff** جميع العاملين بالمركز	**Title: Stability of multiple dose vials** استقرار الأدوية ذات الجرعات المتعددة	**Page 3 of 6**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-041EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-041EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

a. The integrity of the stopper.

b. All containers if there is turbidity, cracks, particulate matter, change of color and the expiration date.

4.1.4 The proper aseptic technique shall be used by nurses while accessing the multi-dose vial.

a. Wash or disinfect hands, to ensure patient safety.

b. The stopper shall be swapped with alcohol before each puncture.

c. A new needle and syringe shall be used each time the medication is drawn from the vial.

4.1.5 Tightly close any multi-dose container after the first opening.

4.1.6 Store the multi-dose container under the appropriate storage conditions.

4.1.7 Compliance with multi-dose vial stability guidelines should be verified during the monthly inspection by a pharmacist/assistant pharmacist.

4.2 **Single-Dose Vials List:**

4.2.1 Metronidazole 50 mg/100 ml vial.
4.2.2 Sodium Chloride 0.9%/10ml vial.
4.2.3 Dobutamine Hcl (Dobutrex) vial.
4.2.4 Methylprednisolone (Depo-Medrol) vial.
4.2.5 Lidocaine Hcl 2% /10ml vial.

4.3 **General Stability Guidelines:**

4.3.1 Parenteral fluids (Normal Saline, Dextrose, Ringer Lactate, etc.) are stable for 24 hours after opening.

4.3.2 Multi-dose oral solutions, syrups, suspensions, inhalers, topical, ear and nasal drops shall be used till the printed date by the manufacturer except for the topical Silver Sulphadiazine (Flamazine cream 7 days after opening at room temperature).

4.3.3 Multi-dose containers/vials requiring reconstitution or dilution shall be kept according to the manufacturer

أ . سلامة السدادة.

ب .كل القوارير إذا كان هناك تعكر، شقوق، جسيمات، تغير في اللون وتاريخ انتهاء الصلاحية.

4.1.4 يجب أن تستخدم تقنية التعقيم المناسبة من قبل الممرضات أثناء استخدام قارورة متعددة الجرعات:

أ. غسل أو تطهير اليدين، لضمان سلامة المرضى.

ب. ينبغي مسح السدادة بالكحول قبل كل ثقب.

ج. تستخدم إبرة ومحقنة جديدتين في كل مرة يسحب دواء من القارورة.

5.1.4 يغلق بإحكام أو يغطى أي وعاء متعدد الجرعات بعد فتحه أول مرة.

6.1.4 يتم تخزين القوارير متعددة الجرعات تحت ظروف التخزين المناسبة.

7.1.4 ينبغي الالتزام بالتوجيهات الخاصة بثبات الدواء في القارورة متعددة الجرعات أثناء عملية التفتيش الشهرية من قبل الصيدلي أو مساعد الصيدلي.

2.4 قائمة قوارير الجرعة الواحدة:

1.2.4 قارورة ميترونيدازول 500 mg/100 ml.
2.2.4 قارورة كلوريد الصوديوم 0.9%/ 10مل.
3.2.4 قارورة دوبوتامين حمض الهيدروكلوريك.(Dobutrex)
4.2.4 قارورة ميثيل (ديبو .Medrol)
5.2.4 قارورة لايدوكائين هيدروكلوريد 2%/10 مل.

3.4المبادئ التوجيهية العامة لثبات الأدوية:

1.3.4 المحاليل الوريدية (محلول ملح عادي محلول السكر، لاكتات الرينجر، وغيرها) تبقى في حالة مستقرة لمدة 24 ساعة بعد فتحها.

2.3.4 يجب أن تستخدم الأدوية متعددة الجرعات، محاليل الفم، الأشربة، المعلقات، البخاخات، الأدوية الموضعية، قطرات الأنف والأذن، حتى تاريخ الانتهاء المطبوع على العبوة من قبل الشركة المصنعة باستثناء (كريم Flamazine - 7 أيام بعد فتحه في درجة حرارة الغرفة).

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Stability of multiple dose vials** **استقرار الأدوية ذات الجرعات المتعددة**	**Page 4 of 6**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-041EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-041EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

recommendation after reconstitution. The pharmacist/assistant pharmacist has to provide information regarding storage and its expiry date upon dispensing.

4.3.4 Ophthalmic preparations shall be used within one month (at room temperature).

4.3.5 Insulins all types, one month after the opening date (refrigerated).

4.3.6 Lidocaine vial 1% or 2%, 3 days after opening (at room temperature).

4.3.7 Sodium Bicarbonate 8.4%, 24 hours after opening (at room temperature).

4.3.8 Methylprednisolone vial, 2 days after opening (at room temperature).

4.3.9 Hydrocortisone vial, 3 days after opening (at room temperature).

4.3.10 Heparin sodium, one month after opening (at room temperature).

3.3.4 القوارير/الأوعية متعددة الجرعات التي تتطلب حل البودرة أو تخفيفها يجب أن تحفظ وفقاً لتوصية الشركة المصنعة بعد حلها أو تخفيفها . ينبغي أن يوفر الصيدلي أو مساعد الصيدلي معلومات عن طريقة التخزين وتاريخ انتهاء صلاحيتها عند الصرف.

4.3.4 يجب أن تستخدم مستحضرات العيون خلال شهر واحد من تاريخ الفتح (في درجة حرارة الغرفة).

5.3.4 جميع أنواع الأنسولين، بعد شهر من تاريخ الفتح (تحفظ مبردة).

6.3.4 قارورة لا يدوكان 1٪ أو 2٪، 3 أيام بعد الفتح) في درجة حرارة الغرفة) .

7.3.4 بيكربونات الصوديوم 8.4٪، بعد 24 ساعة من الفتح (في درجة حرارة الغرفة).

8.3.4 قارورة ميثيل بريدنيسولون، يومان بعد الفتح (في درجة حرارة الغرفة).

9.3.4 قارورة هيد وكورتيزون، 3أيام بعد فتح (في درجة حرارة الغرفة).

10.3.4 هبارين الصوديوم، شهر واحد بعد الفتح (في درجة حرارة الغرفة).

5- <u>RESPONSIBILITIES:</u>

5- المسئوليات :

5.1 The Pharmacist / Assistant Pharmacist

5.1 الصيدلي / مساعد الصيدلي

6- FORMS:

6- النماذج :

6.1 N/A

1.6 لا يوجد

7 - REFERRANCES (المراجع) :

7.1 CBAHI Resource Manual

7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

Applied to: **All PHC Staff** جميع العاملين بالمركز	**Title:** **Stability of multiple dose vials** استقرار الأدوية ذات الجرعات المتعددة	**Page 5 of 6**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-041EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-041EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

Multi-Dose Vials/Containers Stability Guidelines

Generic Name	Concentration & Strength	Stability After Opening / Reconstitution	Required Storage Condition After Opening
Parenteral Solutions* and Irrigation (with or without additives)	---	24 hrs. after opening	At room temp.
All types of Insulin Vials	Any	30 days after opening	Refrigerate
Heparin Sodium	5,000 Units/ ml	30 days after opening	At room temp.
Ketamine	200mg/ 20ml	30 days after opening	At room temp.
Lidocaine Hcl vial	1% or 2%	3 days after opening	At room temp.
Sodium Bicarbonate	8.4%	24 hrs. after opening	At room temp.
Vasopressin	20 units	30 days after opening	At room temp.
Methyl-prednisolone vial	500 mg and 40 mg	2 days after opening	At room temp.
Hydrocortisone vial	100 mg	3 days after opening	At room temp.
Ophthalmic preparations	Drops, Ointments, Creams	use within 30 days	At room temp.
Ear & nasal drops	---	Manufacturer expiry date	At room temp.
Topical Preparations	Oints., Creams, Lotions	Manufacturer expiry date	At room temp.
Silver Sulphadiazine	1.00%	7 days after opening	At room temp.
Oral Inhalers / Drops / liquids	---	Manufacturer expiry date	At room temp.
Oral Reconstituted Powder	---	Pharmacy has to provide label for storage & stability	---
Salbutamol Inhalation Solution	5mg/ ml	30 days after opening	At room temp.
Lidocaine Hcl 2% Gel	2%	30 days after opening	At room temp.

*** Parenteral Solutions include: Normal Saline, Dextrose, Ringer lactate, etc.**
At room temperature - (from 15-25 °c)
Refrigerate - keep in refrigerator at 2-8 °c

Ministry of Health وزارة الصحة

VISION رؤية 2030 المملكة العربية السعودية KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الإدارة العامة لشئون المراكز

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Stability of multiple dose vials** **استقرار الأدوية ذات الجرعات المتعددة** **Page 6 of 6**	
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-041EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-041EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Medication Error Reporting الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية	Page 1 of 5
Department: PH	Policy Number: PH-APP-043EA (2)	Replaces No.: PH-APP-043EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To outline the process for monitoring, identifying and reporting Medication Errors, and initiating appropriate corrective measures.

1.2 To prevent and/or control potential and actual medication errors in order to enhance patient care, improve patient safety, and decrease liability and center's treatment cost.

1- الغرض:

1.1 لوضع الخطوط العريضة لعملية الرصد، التحديد والإبلاغ عن الأخطاء الدوائية، والشروع في اتخاذ تدابير تصحيحية ملائمة.

2.1 لمنع و/ أو التحكم في أخطاء الدواء المحتملة والفعلية من أجل تعزيز رعاية المرضى، تحسين سلامة المرضى، والتقليل من المسؤولية وتكاليف العلاج بالمركز.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Medication Error** is any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of health care professional, patient, or consumer. A medication error can be source of significant morbidity and mortality in the health care setting if a mistake occurs in any step of the medication management process or system (e.g. prescribing, transcribing, dispensing, administrating, monitoring or storing).

2.2 **Significant Medication Error**: any medication error that if not prevented may cause significant harm to the patient (i.e. permanent harm or death).

2- التعريفات:

1.2 الخطأ الدوائي: هو أي حالة يمكن الوقاية منها التي قد تسبب أو تؤدي إلى استخدام دواء بطريقة غير صحيحة أو ضرر المريض في حين أن الدواء ما زال تحت سيطرة موظف الرعاية الصحية، المريض، أو المستهلك. يمكن أن يكون الخطأ الدوائي مصدراً هاماً لمعدلات الممراضة والوفيات في موقع الرعاية الصحية إذا حدث الخطأ في أي خطوة من خطوات عملية إدارة نظام الدواء (على سبيل المثال، وصف الدواء، تسجيله، الصرف، الإعطاء، والمراقبة أو التخزين).

2.2 **الخطأ الدوائي الكبير:** يمكن لأي خطأ دوائي إذالة يتم منعه التسبب في ضرر جسيم للمريض (أي ضرر دائم أو الوفاة).

3- POLICY:

3.1 The Pharmacy Department has an effective and consistent policy on how to handle medication errors, give appropriate instructions and precautions on how to identify report, intervene, and analyze medication errors, and have a system in place for monitoring, and preventing future incidences.

3.2 Medication error reporting is an anonymous, non-punitive and strongly encouraged process.

3.3 The medication use process has five stages, and each of them could be considered as "Error Prone".

These processes are:

3.3.1 Physician ordering.

3.3.2 Transcribing and verifying physician orders.

3.3.3 Dispensing and delivering medications.

3- السياسات:

1.3 الصيدليةلديهاسياسة فعالة وملائمة بشأن كيفية التعامل مع الأخطاء الدوائية، وإعطاء التعليمات والاحتياطات المناسبة على كيفية التعرف على الحالة، التبليغ، التدخل، وتحليل الأخطاء الدوائية، ويكون لها نظام لمراقبة ومنع حدوث حالات في المستقبل.

2.3 التبليغ عن الخطأ الدوائي هو عملية سرية، غير عقابية، وتشجع بقوة.

3.3 عمليةاستخدام الأدوية لها خمس مراحل، ويمكن اعتبار كلا منها بأنها "عرضة للخطأ".

هذه العمليات هي:

1.3.3 أمر الطبيب.

2.3.3 تسجيله والتحقق من أوامر الطبيب.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Medication Error Reporting** **الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية**	**Page 2 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-043EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-043EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.3.4 Medication administration.

3.3.5 Monitoring and reporting of medication effects on the patient.

3.4 The following members of the healthcare service can make medication errors:

3.4.1 Physicians.

3.4.2 Pharmacists.

3.4.3 Nurses.

3.4.4 Patients.

3.4.5 Any other member of the healthcare team.

3.5 In order to avoid medication errors, the concerned individuals must adhere to the policy.

3.6 For all discovered medication errors, a report should be completed and forwarded after all necessary information has been gathered to the Pharmacy Department within 24 hours.

3.3.3 صرف وتسليم الأدوية.

4.3.3 إعطاء الدواء.

5.3.3 الرصد والإبلاغ عن آثار الدواء على المريض.

4.3 الأعضاء التاليين في الرعاية الصحية يمكن أن يتسببوا في الأخطاء الدوائية:

1.4.3الأطباء.

2.4.3الصيادلة.

3.4.3الممرضات.

4.4.3المرضى.

5.4.3أي عضو آخر من فريق الرعاية الصحية.

5.3 يجب على الأفراد المعنيين التمسك بالسياسة، من أجل تجنب الأخطاء الدوائية.

6.3 بالنسبة لجميع الأخطاء الدوائية التي تم اكتشافها، ينبغي استكمال وإرسال تقرير الخطأ الدوائي بعد جمع كل المعلومات اللازمة لقسم الصيدلية في غضون 24 ساعة.

4- PROCEDURES:

4.1 **When a Medication Error is discovered the following steps should be carried out:**

4.1.1 Any staff member who discovers a medication error whether it's a physician, pharmacist, or a nurse must immediately complete the Medication Error Report Form.

4.1.2 This staff member must then verbally report to the Head Nurse and the Attending Physician. The Most Responsible Physician should then fill in the designated area of the Medication Error Report Form and take appropriate action. The Form must then be completed by all other involved members in their designated areas of the Medication Error Report Form.

4.1.3 The pharmacist/assistant pharmacist will investigate the case and determine whether the medication error has potentiating effect if taken by the patient and communicate the medication error with total quality management, Ministry of Health, Saudi Food and

4- الإجراءات:

1.4عندما يتم اكتشاف الخطأ الدوائي ينبغي القيام بالخطوات الآتية:

1.1.4 ينبغي على أي موظف يكتشف خطأ دوائي سواء كان طبيباً، صيدلي، أو ممرضة استكمال تقرير الخطأ الدوائي على الفور.

2.1.4 ينبغي على هذا الموظف توصيل التقرير شفهيا لرئيسة الممرضات والطبيب المعالج. يجب على الطبيب المسؤول أن يملأ المنطقة المخصصة لتقرير الخطأ دوائي واتخاذ الإجراءات المناسبة. ثم يجب استكمال النموذج من جميع الأعضاء الآخرين المشاركين في المناطق المحددة لهم في تقرير الخطأ الدوائي.

3.1.4 سوف يقوم صيدلي/ مساعد الصيدلي بالتحقيق في الحالة وتحديد ما إذا كان خطأ الدواء ربما تكون له آثار ضارة إذا أخذ من قبل المريض، وأيضا تقديم تقرير مكتوب لقسم الجودة الشاملة، وزارة الصحة، الهيئة العامة للغذاء والدواء، والبرنامج الدولي للسلامة الطبية.

4.1.4 ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي مع إدارة الجودة الشاملة عمل تحليل للأسباب الجذرية للأخطاء الضوئية الهامة وتقديم

Authority (SFDA), and International Medical Safety Program (IMSP).

4.1.4 The Pharmacist/assistant pharmacist along with the TQM department must do a root cause analysis for significant medication errors and provide recommendations to resolve the problem and prevent recurrence of this type of error, and forward this report to the Head of Pharmacy.

4.1.5 The Head of Pharmacy will present the data to the Pharmacy and Therapeutic Committee Meeting for discussion and action plan.

4.2 <u>**Guidelines to Prevent Medication Errors:**</u>

4.2.1 <u>**Guidelines for Prescribers**</u>**:**

a. Prescribers should write a complete, clear, unambiguous order that must include drug name, dosage form, strength, dose, route, and frequency or rate of medication administration.

b. Prescribers should use exact metric weight not the apothecial weight of the dosage form prescribed.

c. They should not use vague instructions (i.e. take as directed) or prohibited abbreviations; instead more specific drug instructions should be given.

d. They should not use abbreviated or unofficial drug names.

e. A zero should always precede a decimal point for doses less than 1 mg, but it should never follow a decimal point for doses larger than 1 mg. Not following this can lead to a 10-fold overdose.

f. Write the indication for PRN doses (e.g. PRN for pain or fever).

g. Avoid illegible handwriting.

h. Minimize Telephone and Verbal Orders.

i. Document drug allergies.

j. Monitor patients on Narrow Therapeutic Index drugs.

k. Prescribers should not write “U” after an insulin dose. It can be interpreted as a zero, or 4, or cc’s, causing deadly overdoses.

توصيات لحل المشكلة لمنع تكرار هذا النوع من الخطأ، وإرسال هذا التقرير إلى رئيس الصيدلية.

5.1.4 سيقوم رئيس الصيدلية بتقديم البيانات إلى اجتماع لجنة الصيدلة والعلاجيات للمناقشة وعمل خطة العمل.

2.4 <u>**المبادئ التوجيهية لمنع الأخطاء الدوائية:**</u>

1.2.4 <u>**المبادئ التوجيهية للأطباء:**</u>

أ. ينبغي للأطباء كتابة الوصفة كاملة، واضح، غير غامضة، يجب أن تتضمن اسم الدواء، شكل الجرعات، القوة، الجرعة، الطريقة، والتكرار أو معدل إعطاء الدواء.

ب. وينبغي على الأطباء استخدام الوزن المتري بالضبط لا الوزن الأبوثيكيري في شكل جرعات السوائل المقررة.

ج. لا ينبغي استخدم تعليمات غامضة (أي تأخذ وفق ا لتوجيهات) أو الاختصارات المحظورة، بدلاً من تعليمات الأدوية الأكثر تحديداً.

د. لا ينبغي أن تستخدم أسماء الأدوية المختصرة أو غير الرسمية.

ه. ينبغي أن يسبق دائماً صفر الفاصلة العشرية للجرعات أقل من 1 ملغ، ولكن لا ينبغي أبداً أن يتبع صفر الفاصلة العشرية لجرعات أكبر من 1 ملغ. يمكن عدم إتباع هذا أن يؤدي إلى جرعة زائدة بمقدار 10 أضعاف.

و. كتابة دواعي الاستخدام لوصفات الأدوية التي تستخدم عند اللزوم (على سبيل المثال – عند اللزوم للألم أو الحمى).

ز. تجنب الكتابة بخط غير مقروء.

ح. تقليل الأوامر الهاتفية واللفظية.

ط. توثيق حساسيات الأدوية.

ي. مراقبة المرضى عند استخدام الأدوية ذات نطاق مؤشر علاجي ضيق.

ك. لا ينبغي أن يكتب الأطباء "U" بعد جرعة الانسولين. يمكن أن تفسر على أنها صفر، أو 4، أو سم مكعب، مما قد تتسبب في جرعات زائدة مميتة.

ل. كتابة الاسم العلمي للأدوية وليس الأسماء التجارية في الوصفات الطبية.

l. Write the scientific name of drugs not the trade names on prescriptions.

4.2.2 **Guidelines for Pharmacists:**

a. Enforce double-checking.

b. Standardize medication administration time.

c. Label medications properly.

d. Use auxiliary labels.

e. Increase awareness about "LASA" (Look Alike-Sound alike) medications.

f. Do not confuse paediatric doses with adult doses.

g. Minimize clinic stock medications.

h. Enforce monthly inspection.

i. Highlight High-Alert Medications and label them with red stickers. Take extra care while dispensing them.

j. Ensure proper storage of dispensed medications.

4.2.3 **Guidelines for Nurses:**

a. Confirm patients' identity (Name & MRN).

b. Check the identity and integrity of dispensed medications.

c. Compare used medications with the doctor's order and the medication sheet.

d. Verify an unusual dose or volume with the pharmacist.

e. Use standard administration time.

f. Always double-check your calculations.

g. Document any administered drugs.

h. Double check administration rates of critical and high-risk medications.

i. Label all prepared syringes with the drug name and total dose, or prepare the syringe and administer its contents immediately.

j. Never use any product that's not labelled.

k. Don't trust your hearing when receiving verbal orders, because you may miss-hear, misunderstand, or miss-transcribe the message.

2.2.4 مبادئ توجيهية للصيادلة:

أ. فرض التدقيق المزدوج للوصفات الطبية.

ب. توحيد وقت إعطاء الدواء.

ج. عمل ملصقة الأدوية بشكل صحيح.

د. استخدام الملصقات المساعدة.

هـ. زيادة الوعي حول الأدوية "LASA" شبيهة الشكل وشبيهة الاسم.

و. لا تخلط بين جرعات الأطفال مع جرعات الكبار.

ز. تقليل أرصدة الأدوية في أقسام المركز.

ح. فرض تفتيش شهري.

ط. تسليط الضوء على الأدوية عالية الخطورة ووضع ملصقات حمراء عليها. اتخاذ مزيد من الحذر حين صرفها.

ي. التأكد من التخزين السليم للأدوية المصروفة.

3.2.4 مبادئ توجيهية للممرضين والممرضات:

أ. تأكيد هوية المرضى (رقم الملف الطبي).

ب. التحقق من هوية وسلامة الأدوية المصروفة.

ج. مقارنة الأدوية المستخدمة مع طلب الطبيب وكرت الدواء.

د. التحقق مع الصيدلي إذا كانت الجرعة أو الكمية غير عادية.

و. استخدام معيار محدد لوقت إعطاء الدواء.

ز. التحقق المزدوج من الحسابات الخاصة بك.

ح. توثيق أي أدوية تم إعطاءها.

ط. مضاعفة فحص معدلات إعطاء الأدوية الحرجة وعالية الخطورة.

ي. عمل ملصقة على جميع الحقن المعدة باسم الدواء والجرعة الكلية، أو تحضير الحقنة وإعطاء محتوياتها على الفور.

ك. لا يجوز استخدام أي منتج ليس عليه ملصقة بمحتوياته والمعلومات اللازمة.

ل. لا ينبغي الاعتماد على السمع عند تلقي أوامر شفهية، لأنك قد تسئ السمع، الفهم، أو تسجيل الرسالة.

م. للسلامة أسأل الصيدلي/ مساعد الصيدلي ما إذا كان موافق على سحق الدواء.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Medication Error Reporting** **الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية**	**Page 5 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-043EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-043EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

l. For safety ask the pharmacist / assistant pharmacist if it's OK to crush the drug.

m. Use aseptic techniques when preparing I.V. Medications.

ن. استخدام تقنيات التعقيم عند تحضير الأدوية الوريدية.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 **The Most Responsible Physician:** responsible for filling the designated area of the Medication Error Report Form and take appropriate action.

5.2 **The pharmacist / assistant pharmacist:** responsible for investigating the case and determining whether the medication error has potentiating effect on the patient.

5.3 **The Head of Pharmacy:** responsible for presenting the data to the Pharmacy and Therapeutic Committee for discussion and action plan.

5- المسئوليات:

1.5 **الطبيب المسئول:** مسئول عن تعبئة المنطقة المحددة في تقرير الخطأ الدوائي واتخاذ الإجراءات المناسبة.

2.5 **الصيدلي/ مساعد الصيدلي:** مسئول عن التحقيق في الحالة وتحديد ما إذا كان الخطأ الدوائي ربما له آثار ضارة على المريض.

3.5 **رئيس الصيدلية:** مسؤول عن تقديم البيانات إلى لجنة الصيدلة والعلاجيات للمناقشة وخطة العمل.

6- FORMS:

6.1 Medication Error Report Form.

6- النماذج:

1.6 نموذج تقرير إبلاغ الخطأ الدوائي.

7 - REFERRANCES ((المراجع):

7.1 CBAHI Resource Manual
7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.
7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Handling Drug Recalls التعامل مع استرجاع الأدوية	Page 1 of 3
Department: PH	Policy Number: PH-APP-044EA (2)	Replaces No.: PH-APP-044EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To provide guidelines to medical, pharmacy, and nursing staff for the proper implementation of drug recalls, if a drug was observed to be below standard thus rendering the treatment ineffective, or may cause harm to patient's health and well-being.

1- الغرض:

1.1 لتوفير مبادئ توجيهية للطاقم الطبي، الصيادلة والتمريض من أجل تنفيذ سليم للدواء المسترجع، إذا لوحظ وجود دواء دون المستوى مما يجعل العلاج غير فعال أو يمكن أن يسبب ضرراً على صحة وسلامة المريض.

2- DEFINITIONS:

2.1 Drug Recall: The recall of defective or possibly harmful product by the Ministry Of Health.

2- التعريفات:

1.2 استرجاع الأدوية: استرجاع المنتج الذي به عيوب أو ربما ضار بالصحة من قبل وزارة الصحة.

3- POLICY:

3.1 The Pharmacy Department has an effective policy and procedure that is consistent with MOH regulations and CBAHI standards regarding the drug recalls.

3.2 All recalled products should be removed from pharmacy section areas, patient care areas, and storage areas.

3- السياسات:

1.3 قسم الصيدلية لديه سياسة وإجراءات فعالة تتلاءم مع لوائح وزارة الصحة ومعايير المجلس المركزي بشأن الأدوية المسترجعة.

2.3 يجب إزالة جميع المنتجات المسترجعة من أقسام الصيدلية، ومناطق رعاية المرضى، ومناطق التخزين.

4- PROCEDURES:

4.1 In case that Pharmacists, Doctors, or nurses in the center have identified that a certain drug is below standards, due to changes in appearance or in the effectiveness of the drug on patients, the Head of the Pharmacy Department must be informed **immediately** to take appropriate action.

4.2 Upon receipt of the notice, the Pharmacy Director (or designee) will inform the pharmacy store supervisor who will contact and inform pharmacy sections to check each area of the center that is approved (known) to stock the defective or recalled drug.

4.3 After identification of a drug (name, batch no., expiration date, etc.) that needs to be recalled, the dispensing will be withheld the same day from all dispensing areas

4.4 The quantity is counted and returned to the pharmacy store where it will be separately quarantined.

4.5 If any quantity is dispensed from the same batch to outpatients, the Pharmacy Department through the

4- الإجراءات:

1.4 في حالة تحديد الصيادلة، الأطباء، أو الممرضات في المركز أن دواء معين أقل من المعايير، نتيجة لتغيرات في الشكل أو في فعالية الدواء على المرضى، لا بد من إبلاغ رئيس قسم الصيدلية فوراً لاتخاذ الإجراء المناسب.

2.4 عند تلقي الإشعار، فإن مدير الصيدلية (أو من يعينه) سيقوم بإبلاغ مشرف مستودع الصيدلية الذي سوف يتصل ويبلغ أقسام الصيدلية للتأكد من كل منطقة في المركز التي تم الموافقة عليها (المعروفة) لتخزين الأدوية التي بها عيوب أو المستردة.

3.4وبعد تعريف الدواء) الاسم، رقم التشغيل، تاريخ انتهاء الصلاحية، وغيرها) الذي يحتاج استرجاعه، سيتم حجب صرفها في نفس اليوم من كل المناطق الصرف.

4.4 يتم حساب الكمية وإعادتها إلى مستودع الصيدلية حيث سيتم فصل وحجر هذه الكمية.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Handling Drug Recalls** **التعامل مع استرجاع الأدوية**	**Page 2 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-044EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-044EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

Patient Services Department will contact those patients and recollect the recalled drug **as Soon as Possible**.

4.6 A letter would be sent to the Center Management stating the observation related to the drug that is suspected to be below standard. A sample of the medication in question will be included.

4.7 The **Drug Quality Report** form is then filled by the staff that observed the defect of the drug and sent to the Pharmacy Department.

4.8 The Center management sends the Drug Quality Report to The Regional Health Warehouse (MOH Medical Supply) to ask their advice on whether to use the medication or not.

4.9 Until a response from The Regional Health Warehouse received, the medication shall not be dispensed to anyone.

4.10 Response from the Regional Warehouse shall advise to either continue using the medication or to stop using it.

4.11 In case that the medication has been proven to be ineffective and might pose a risk to patients, the return or destruction of the recalled product shall be handled according to instructions given by the Regional Warehouse (MOH - Medical Supply).

4.12 If a Drug Recall is received through a Memo from MOH Health Directorate or the Medical Supply, the drug will be **immediately** stopped from dispensing; then steps 4.2 – 4.5 will be followed (identification of a drug: name, batch no., expiration date); quantity is counted and collected from all patient care areas as well as from pharmacy units on which it has been previously distributed. Awaiting response from The Warehouse this recalled medication with a Batch Number is collected and sent to the Pharmacy Store.

5.4 إذا تم صرف أي كمية من نفس التشغيلة إلى مرضى العيادات الخارجية، سوف تقوم الصيدلية من خلال قسم خدمات المرضى بالاتصال بهؤلاء المرضى ويعيدوا تجميع هذه الأدوية واسترجاعها في أقرب وقت ممكن.

6.4 سترسل رسالة إلى إدارة المركز تفيد بالملاحظة المتعلقة بالدواء المشتبه في أن يكون دون المستوى. وسيتم شمل عينة من هذا الدواء.

7.4 ثم يتم تعبئة تقرير جودة الدواء من قبل الموظف الذي لاحظ العيب في الدواء وإرساله إلى الصيدلية.

8.4 ترسل إدارة المركز تقرير جودة الدواء إلى مستودعات الصحة الإقليمية (التموين الطبي بوزارة الصحة) لطلب مشورتهم بشأن ما إذا كان بالإمكان استخدام الدواء أم لا.

9.4 حتى يصل الرد من مستودعات الصحة الإقليمية، لا يجوز أن يصرف هذا الدواء إلى أي شخص.

10.4يجب أن يفيد الرد من مستودعات الصحة الإقليمية بإيما الاستمرار في استخدام الدواء أو أن يتوقف عن استخدامه.

11.4 في حالة ثبوت أن هذا الدواء غير فعال، وربما يشكل خطراً على المرضى، يجب إعادة وإتلاف المنتج المسترجع والتعامل معه وفقاً للتعليمات التي قدمتها مستودعات الصحة الإقليمية (وزارة الصحة - التموين الطبي).

12.4 إذا تم تلقى استرجاع للدواء من خلال مذكرة من وزارة الصحة أو التموين الطبي، سيتم وقف الدواء من الصرف على الفور؛ ثم تتبع الخطوات 4.2 - 4.5 (تعريف الدواء: الاسم، رقم التشغيل، وتاريخ انتهاء الصلاحية) يتم حساب الكمية وجمعها من جميع مناطق رعاية المريض وكذلك من وحدات الصيدلية التي تم توزيع الدواء فيها سابقاً. في أثناء انتظار الرد من مستودعات الصحة الإقليمية يتم جمع هذا الدواء الذي تم استرجاعه مع رقم الشغيلة وإرساله إلى مستودع الصيدلية.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Handling Drug Recalls التعامل مع استرجاع الأدوية	Page 3 of 3
Department: PH	Policy Number: PH-APP-044EA (2)	Replaces No.: PH-APP-044EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The Pharmacy Director: is responsible for assigning personnel to visit and check each area of the center that is known to stock the recalled drug.

5.2 The Center Management: is responsible for sending a letter to The Regional Health Warehouse (MOH Medical Supply) to ask their advice for a drug recall.

5- المسئوليات:

1.5 مدير الصيدلة: هو المسؤول عن تعيين الموظفين لزيارة ومراجعة كل منطقة من مناطق المركز معروفة بتخزين الدواء المسترجع.

2.5 إدارة المركز: هي المسؤولة عن إرسال خطاب إلى مستودعات الصحة الإقليمية (التموين الطبي بوزارة الصحة) لطلب مشورتهم لاسترجاع الدواء.

6- FORMS:

6.1 Drug Quality Report Form.

6- النماذج:

1.6 نموذج تقرير جودة الدواء.

7 - REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CBAHI Resource Manual
7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.
7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Primary Health Care Staff	**Title: Drug Allergy حساسية الدواء**	**Page 1 of 2**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-046EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-046EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 The purpose of this policy is to provide guidance on documenting the patient allergies/ sensitivities, in the patient file/prescription and patient pharmacy profile.

1.2 To avoid prescribed medications that may cause allergy to the patient.

1- الغرض:

1.1الغرض من هذه السياسة هو توفير التوجيه بشأن توثيق حساسية المريض للأدوية، في ملف المريض، الوصفة الطبية وملف المريض الدوائي بالصيدلية.

2.1 لتجنب وصف الأدوية التي قد تسبب حساسية للمريض.

2- DEFINITIONS:

2.1 Allergen – Any substance to which the patient has experienced a sensitivity or adverse reaction.

2.2 **N.K. A-** No known allergies

2.3 **Drug Allergy** - any drug that has been withdrawn from the market for any cause/s must be reported to the MOH or SFDA or manufacturing company with reasons.

2- التعريفات:

1.2 مسببات الحساسية-أي مادة تعرض لها المريض وقد تسببت في حساسية أو تفاعل عكسي.

2.2 N.K. A- لا توجد حساسية.

3.2 حساسية الدواء-أي نوع من الأدوية التي تم سحبها من السوق لأي سبب ويجب الإبلاغ عنها إلى وزارة الصحة أو الهيئة السعودية للغذاء والدواء أو الشركة المصنعة للدواء مع إعطاء الأسباب.

3- POLICY:

3.1 It is a policy of the pharmacy department that documentation of all known allergies in the prescription, medical record must be enforced to prevent risk to patients and that patients with no known allergies must be labeled as NKA (No known allergies).

3.2 For any drug allergy noticed during center's stay of the patient, the Adverse Drug Reaction Form for documentation shall be utilized efficiently & effectively to immediately inform the pharmacy department.

3- السياسات:

1.3 سياسة الصيدلية هي توثيق جميع الحساسيات المعروفة في الوصفة الطبية السجلات الطبية ولا بد أن تفرض لمنع المخاطر للمرضى، والمرضى الذين ليس لديهم حساسيات معروفة يجب أن يوضح NKA (لا توجد حساسيات معروفة).

2.3 عند ملاحظة أي حساسية من الدواء خلال وجود المريض في المركز الصحي، يجب الاستفادة من نموذج التفاعلات العكسية للأدوية لتوثيق هذه الحالات بكفاءة وفعالية على الفور لإبلاغ الصيدلية.

4- PROCEDURES:

4.1 Physician documents all known allergy in the prescription, if no allergy known is noticed writes NKA.

4.2 Pharmacist/assistant pharmacist checks the prescription for any documented allergy upon its receipt and clarifies the prescription by:

4.2.1 Checking prescribed medication that is allergic to the patient, the pharmacist /

4- الإجراءات:

1.4 يقوم الطبيب بتوثيق كل الحساسيات المعروفة لدى المريض بالوصفة الطبية، وإذا لم يوجد أي حساسية معروفة يكتب على الوصفة NKA.

2.4 يقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بالتحقق من الوصفة الطبية من توثيق أي حساسية عند الاستلام ويستوضح من الوصفة الطبية الآتي:

Applied to: All Primary Health Care Staff	**Title: Drug Allergy حساسية الدواء**	**Page 2 of 2**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-046EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-046EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

assistant pharmacist holds the prescription and immediately informs the nurse and physician for discontinuance.

4.3 Nurse immediately responds to any documented drug allergy to the patient clarified by the pharmacist / assistant pharmacist.

1.2.4 التحقق من الدواء الموصوف إذا كان لدى المريض حساسية منه، يوقف الصيدلي/ مساعد الصيدلي صرف الوصفة الطبية، ويبلغ المرضة والطبيب على الفور من أجل وقفها.

4.3 تستجيب الممرضة فوراً إلى أي استفسار من قبل الصيدلي/ مساعد الصيدلي بخصوص حساسية دواء موثقة للمريض.

5- <u>RESPONSIBILITIES:</u>

5.1 It is the responsibility of the pharmacist / assistant pharmacist (pharmacy department), nurses & physicians to review & monitor the implementation of this departmental policy & procedure.

5- <u>المسئوليات:</u>

1.5 يقع على عاتق الصيدلي/ مساعد الصيدلي (قسم الصيدلية)، الممرضات والأطباء مراجعة ومراقبة تنفيذ سياسة وإجراءات القسم.

6- <u>FORMS</u>:

6.1 ADR - Form

6- <u>النماذج</u>:

ADR - Form **1.6**

7 – <u>REFERRANCES</u>:

7.1 - CBAHI Resource Manual.
7.2 - Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7 - <u>المراجع</u>:

1,7- دليل مرجع اللجنة المركزيه لاعتماد المنشئات الصحية.
2.7 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية .

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Emergency Services & Pharmacy Staff جميع موظفي قسمي الطوارئ والصيدلية	Title: Crash Cart Checking & Restocking Policy & Procedures سياسة فحص وإعادة تجهيز عربة الطوارئ Page 1 of 4	
Department: PH	Policy Number: PH-APP-048EA (2)	Replaces No.: PH-APP-048EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To ensure a properly stocked emergency cart will be readily available with all drugs and equipments necessary to initiate advanced life-support measures in the event of a life threatening emergency.

1- الغرض:

1.1 ضمان وجود عربة طوارئ مجهزة بشكل صحيح بحيث تكون متاحة بسهولة مع توفر جميع الأدوية والمعدات اللازمة للشروع في تدابير دعم الحياة المتقدمة في حالة حدوث طارئ يهدد الحياة.

2- DEFINITIONS:

2.1 Crash Cart : A Set of trays on a wheeled cart that is used in emergency room and contain all basic drugs and equipment necessary to initiate advanced life-support measures.

2- التعريفات:

2.1 عربة الطوارئ: هي مجموعة من الأرفف على عربة بعجلات يتم استخدامها في غرفة الطوارئ وتحتوى على جميع الأدوية الأساسية والمعدات اللازمة للشروع في وسائل دعم الحياة المتقدمة.

3- POLICY:

3.1 The policy of the health center is to have a properly stocked and regularly checked Crash Cart to be ready for use in the event of a life threatening emergency.

3- السياسات:

3.1 سياسة المركز الصحي هي وجود عربة للطوارئ يتم تعبئتها بصورة صحيحة وفحصها دورياً لتكون جاهزة للاستخدام في حالة حدوث طارئ يهدد الحياة.

4- PROCEDURES;

4.1 The drawers of the crash cart are clearly labeled and arranged from top to bottom in the following order: medications, airway & breathing, circulation, IV solution and tubing, and Special procedures.

4.2 The crash cart is equipped with a numbered lock and kept locked in an accessible place when not in use.

4.2.1 The lock number is controlled by pharmacy and will be recorded in the crash cart checklist and signed by the emergency room nurse and the pharmacy staff.

4.3 The crash cart will be checked by the emergency room nurse for the following:

4.3.1 Checking the integrity of the lock and lock number of the cart daily and recording this in the crash cart checklist.

4.3.2 If the lock is not intact, the emergency room nurse will be responsible for:

4.3.2.1 Notify and writes an incident report.

4- الإجراءات:

4.1 يجب أن يتم تمييز أدراج عربة الطوارئ بعلامات واضحة للتعرف على مكوناتها ويتم ترتيبها من الدرج الأعلى إلى الأسفل بالترتيب التالي: الأدوية، لوازم مجرى الهواء والتنفس، لوازم الدورة الدموية، المحاليل الوريدية ولوازم للإجراءات الخاصة.

4.2 عربة الطوارئ تكون مجهزة بقفل مرقم وتحفظ مقفولة في حالة عدم استخدامها في مكان سهل الوصول إليه.

4.2.1 يتم التحكم في رقم القفل بواسطة الصيدلي ويسجل ذلك الرقم في قائمة التحقق من مكونات عربة الطوارئ ويوقع عليه كلاً من ممرضة غرفة الطوارئ والصيدلي.

4.3 يتم فحص عربة الطوارئ بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ التي تكون مسئولة عما يلي:

4.3.1 التحقق من سلامة القفل ورقم القفل الخاص بعربة الطوارئ يومياً وتسجيل ذلك في قائمة التحقق من عربة الطوارئ.

4.3.2 في حالة إذا ما كان القفل غير سليم تقوم ممرضة غرفة الطوارئ بما يلي:

4.3.2.1 الإبلاغ عن وقوع حادث وكتابة نموذج تبليغ عن حادث.

4.3.2.2 فحص عربة الطوارئ وإبلاغ الصيدلية لاستكمال أي

4.3.2.2 Checking the cart and notifying the Pharmacy to restock and replace any missing supplies.

4.3.3 Inspecting The cart **daily** for the external contents and documenting this with signature in the crash cart checklist and this includes:

4.3.3.1 The defibrillator and the portable monitor will be checked for performance on both battery and electrical current, with the defibrillator plugged in and unplugged to check the battery integrity.

4.3.3.2 The defibrillator must remain plugged into an electrical outlet at all times, except during battery testing.

4.3.3.3 Oxygen cylinders are replaced when the tank has < 500 psi.

4.3.3.4 Inspecting the presence of: the portable suction apparatus with connecting tubing, Ambu-bag, multi-function cable, multifunction pads (pediatric and adult), ECG electrodes, defibrillation gel, monitor paper, blood pressure cuff, SpO2 probe, sharps container, cardiac board

4.3.3.5 Inspecting the presence of the following forms: CPR records, emergency Crash Cart Checklist, List of cart components, and List of the crash cart medication list.

4.3.4 Laryngoscopes will be checked prior to placement on the cart and monthly.

4.3.5 Emergency room nurse shall report any non-functional or mal-functional equipment to the maintenance department **immediately**

4.4 The cart will be opened and checked by the emergency room nurse with the Pharmacy staff or their contents once **monthly** and following each use:

4.4.1 Sterile items will be checked for package integrity and expiration date.

4.4.2 Items with expiration dates expiring within the month will be replaced.

4.4.3 The medication drawer will not be opened if it is sealed and intact.

4.5 **Defibrillator** must be checked by maintenance

لوازم مفقودة.

4.3.3 تقوم بفحص عربة الطوارئ **يومياً** عن المكونات الخارجية وتسجيل ذلك والتوقيع عليه في قائمة التحقق من عربة الطوارئ ويشمل ذلك الفحص:

4.3.3.1 فحص أداء جهاز الصدمات وجهاز مراقبة المريض المحمولة باستخدام التيار الكهربائي وباستخدام البطاريات حيث يتم فصل جهاز الصدمات عن التيار الكهربائي للتأكد من سلامة شحن البطاريات.

4.3.3.2 يجب أن يكون جهاز الصدمات متصلاً بالتيار الكهربائي دائما ما عدا أثناء فحص البطارية.

4.3.3.3 يجب أن تستبدل اسطوانة الأكسجين عندما يكون مستوى الخزان أقل من 500 psi.

4.3.3.4 التأكد من وجود: جهاز الشفط المحمول مع التأكد مع أنابيب التوصيل، أنبوب التنفس، كابل متعدد الوظائف، وسادات إزالة الرجفان الكهربائي متعددة الوظائف (أطفال وكبار)، أقطاب كهربائية لتخطيط القلب، جل لجهاز الصدمات، أوراق لجهاز مراقبة المريض، جهاز قياس نسبة الأكسجين بالدم، كفة لقياس ضغط الدم، حاوية للنفايات الحادة ولوح صلب (لعمل الضغطات الصدرية).

4.3.3.5 التأكد من وجود النماذج التالية: نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي، قائمة التحقق من عربة الطوارئ، قائمة بمكونات عربة الطوارئ، قائمة بأدوية عربة الطوارئ.

4.3.4 يجب أن يتم فحص منظار الحنجرة قبل وضعه في العربة وبعد ذلك شهرياً.

4.3.5 يجب على ممرضة غرفة الطوارئ الإبلاغ عن أي معدات لا تعمل أو لا تعمل بكفاءة إلى قسم الصيانة فوراً.

4.4 يجب أن يتم فتح عربة الطوارئ لفحص مكوناتها بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ وموظف الصيدلية مرة **شهرياً** وبعد كل استخدام:

4.4.1 يجب أن يتم فحص المواد المعقمة على سلامة التغليف وتاريخ انتهاء الصلاحية.

4.4.2 يجب استبدال العناصر التي ينتهي تاريخ صلاحيتها في غضون شهر.

4.4.3 يجب ألا يفتح درج الأدوية إذا كان محكم الغلق وسليم.

4.5 يجب أن يتم فحص **جهاز الصدمات** بواسطة قسم الصيانة دوريا أو حسب الضرورة.

4.6 يجب أن يكون الصيدلي مسئولاً عن المحافظة على الأدوية في عربة الطوارئ:

department regularly, or as necessary.

4.6 **The Pharmacy staff** will be responsible for maintaining the medication on the crash carts:

4.6.1 The expiratory date of the medications will be documented on the front lid of the drawer and in the crash cart medications list.

4.6.2 Pharmacy places a copy of the Emergency Drug Guidelines in the Medication Drawer during stocking.

4.7 **After opening or using the emergency cart, it must be:**

4.7.1 Pharmacy will be called by emergency room Nurse to replace the medication drawer with a new sealed drawer.

4.7.2 The used medication drawer will be returned by emergency room nurse to Pharmacy at this time.

4.7.3 Pharmacy will provide the medication drawer restocked and sealed.

4.7.4 Once all items have been replaced, the cart will be locked with a new numbered lock by pharmacy. The new lock number will be recorded on the crash cart checklist.

4.8 All medical staff must be oriented about the contents of cart, function of equipment and emergency procedures.

4.6.1 يجب تسجيل تاريخ انتهاء صلاحية الأدوية على الغطاء الأمامي للدرج وفي قائمة أدوية عربة الطوارئ.

4.6.2 يجب على الصيدلي وضع نسخة من المبادئ التوجيهية لأدوية الطوارئ داخل درج الأدوية أثناء التخزين.

4.7 **يجب أن يتم بعد فتح أو استخدام عربة الطوارئ:**

4.7.1 استدعاء الصيدلي بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ لاستبدال درج الأدوية بآخر جديد محكم الغلق.

4.7.2 يجب إعادة درج الأدوية المستخدم إلى الصيدلي بواسطة ممرضة غرفة الطوارئ.

4.7.3 يجب أن يقوم الصيدلي بإعادة تموين درج الأدوية بالنواقص وإحكام غلقه.

4.7.4 بمجرد استبدال كافة عناصر عربة الطوارئ، يجب أن يقوم الصيدلي بإغلاقها برقم جديد، ويسجل ذلك الرقم في قائمة التحقق من مكونات عربة الطوارئ.

4.8 يجب أن يتم تعريف جميع أفراد الطاقم الطبي على مكونات عربة الطوارئ, ووظائف المعدات وإجراءات الطوارئ.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 **Emergency room nurse** shall be responsible for:

5.1.1 Checking contents of crash cart every day.

5.1.2 Notifying pharmacy after crash cart has been used and needs to be restocked.

5.1.3 Verifying contents of crash cart with Pharmacy personnel once a month.

5.1.4 Co-signing with the pharmacy on the crash cart medications sheet.

5.1.5 Returning medication to Pharmacy if expiry date is less than one month or seal is broken.

5.2 **Pharmacy staff** shall be responsible for:

5.2.1 Medication trays and numbered locks are controlled by pharmacy

5- المسئوليات:

5.1. **ممرضة غرفة الطوارئ:** يجب أن تكون مسئولة عن:

5.1.1. فحص مكونات عربة الطوارئ يوميا.

5.1.2. إخطار الصيدلي بعد فتح عربة الطوارئ وذلك لإعادة تموينها بالأدوية الناقصة.

5.1.3. التحقق من مكونات عربة الطوارئ مع الصيدلي مرة شهرياً.

5.1.4. التوقيع مع الصيدلي على السجل الخاص بأدوية عربة الطوارئ.

5.1.5. إعادة الأدوية إلى الصيدلي إذا كان تاريخ انتهاء الصلاحية أقل من شهر أو تم فتح القفل.

5.2. **الصيدلي:** يجب أن يكون مسئول عن:

5.2.1. التحكم في درج الأدوية ورقم القفل يكون من مسئولية الصيدلي.

5.2.2 Verifying contents of cart with the emergency room nurse once every month.

5.2.3 Restocking crash cart immediately on notification of need.

5.2.4 Co-signing with the emergency room nurse on the crash cart medications sheet.

5.2.5 Verifying the presence and expiration date of all drugs on the crash cart at least once every month.

5.2.2. التحقق من مكونات عربة الطوارئ مع ممرضة غرفة الطوارئ مرة شهرياً.

5.2.3. إعادة تخزين مكونات عربة الطوارئ فوراً بمجرد إخطاره بالحاجة لذلك.

5.2.4. التوقيع مع ممرضة غرفة الطوارئ على السجل الخاص بأدوية عربة الطوارئ.

5.2.5. التحقق من وجود وتاريخ صلاحية جميع أدوية عربة الطوارئ مرة شهرياً على الأقل.

6- FORMS:

6.1. Crash cart checklist.
6.2. Crash cart medication list.
6.3. CPR record form.
6.4. Crash cart medication & equipment list.

6- النماذج:

6.1. قائمة التحقق من عربة الطوارئ.
6.2. قائمة بأدوية عربة الطوارئ.
6.3. نموذج تسجيل الإنعاش القلبي الرئوي.
6.4. قائمة بأدوية ومعدات عربة الطوارئ.

7- REFERRANCES:

7.1. Crash Cart Checking Policies and Procedures, Al Iman General Hospital, ADM.01.044
7.2. Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7- المراجع:

7.1. سياسة فحص عربة الطوارئ– مستشفى الإيمان العام ADM.01.044
7.2. سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Infection Control Guidelines for pharmacy** **مبادئ مكافحة العدوى للصيدلية**	**Page 1 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-005EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-005EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To provide: clear guidelines for pharmaceutical staff on the correct procedures for preparation, storage and monitoring of sterile and non-sterile products compounded in the pharmacy.

1.2 To prevent contamination of sterile and non-sterile products prepared in the pharmacy.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Multi-Dose Vials (MDV):** Are vials that contain multiple doses and can be accessed safely more than once.

3- POLICY:

3.1 Personnel preparing sterile products should follow aseptic techniques.

3.2 The pharmacy is responsible for the appropriate storage & dispensing of pharmaceuticals throughout the Health Center.

4- PROCEDURES:

4.1 General Infection control measures: (Standard Precautions)

4.1.1 Hand hygiene: Adhere to proper hand hygiene practices when preparing, mixing, packaging or dispensing drugs/ medications. Remove any hand/wrist jewelry and scrub nails, hands and forearms with an antimicrobial soap before handling sterile products. Refer to **Hand Hygiene Policy.**

4.1.2 No food, drink or smoking is allowed in the pharmacy.

4.1.3 Wear gloves, gown, facemask, shoe covers, hair covers, and where applicable a cover for facial hair upon entering the preparation area. Refer to **Guidelines for the selection and use of PPE.**

1- الغرض:

1.1 توفير المبادئ التوجيهية الواضحة لموظفين الصيدلية بناءاً على الإجراءات الصحيحة للإعداد، لتخزين، ومراقبة المنتجات المعقمة وغير المعقمة المركبة في الصيدلية.

2.1 لمنع تلوث المنتجات المعقمة وغير المعقمة المحضرة في الصيدلية.

2- التعريفات:

1.2 **القوارير متعددة الجرعات:** هي قوارير تحتوي جرعات دوائية متعددة ويمكن الوصول إل هذه الجرعات بطريقة آمنة أكثر من مرة واحدة.

3- السياسات:

1.3 ينبغي على الموظفين الذين يعدون المنتجات المعقمة إتباع تقنيات التعقيم.

2.3 الصيدلية هي المسئولة عن التخزين المناسب وصرف المستحضرات الصيدلانية في المركز الصحي.

4- الإجراءات:

1.4 معايير مكافحة العدوى العامة:

(معايير الاحتياطات)

1.1.4 نظافة اليدين: التمسك بممارسات نظافة اليدين السليمة عند إعداد، خلط، تغليف أو صرف الأدوية. إزالة أي مجوهرات باليد / المعصم وفرك الأظافر واليدين والذراعين بالصابون المضاد للجراثيم قبل التعامل مع المنتجات المعقمة. الرجوع إلى **سياسة نظافة اليدين**.

2.1.4 لا يسمح بالأكل الشراب، أو التدخين في الصيدلية.

3.1.4 ترتدي قفازات، بالطو، قناع، غطاء للحذاء، غطاء للشعر، وحيثما ينطبق ذلك غطاء لشعر الوجه عند دخول منطقة الإعداد. الرجوع إلى **المبادئ التوجيهية لاختيار واستخدام معدات الوقاية الشخصية**.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Infection Control Guidelines for pharmacy** **مبادئ مكافحة العدوى للصيدلية**	**Page 2 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-005EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-005EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.1.4 Wear sterile gloves when engaged in compounding intravenous (IV) admixtures. Remove gloves when exiting the preparation area. Gloved personnel should not answer the phone

4.1.5 Avoid touch contamination of sterile supplies. Refer to Aseptic Technique Policy.

4.1.6 Clean and decontaminate/disinfect all equipments (e.g. mortars, spatulas, pestles and graduates etc.) used for preparation and compounding of medications immediately prior to use to prevent contaminations.

4.1.7 Clean and disinfect all equipments and work surfaces, countertops with center-approved disinfectants daily and whenever soiled.

4.1.8 Pharmacy personnel must not handle I.V. fluids or other medications when actively infected or have any type of skin lesion or wound.

4.2 <u>Preparation of medications for topical application such as ointments, powders and topical solutions.</u>

4.2.1 Surfaces and scales are cleaned with water and the 70% alcohol at the beginning and end of each compounding operation.

4.2.2 All equipment (mortars, pestles, spatulas, graduates, etc.) used for compounding are cleaned and sanitized immediately prior to use to prevent contamination. All equipment is washed clean, and rinsed with purified water after use. Immediately before each compound is prepared, all equipment is wiped with 70% alcohol or otherwise sanitized.

4.2.3 If drug products require special precautions to prevent contamination are involved in a compounding process, appropriate precautions are taken to prevent cross contamination. These include dedication of equipment, meticulous cleaning, or the use of disposable supplies.

4.1.4 ارتداء القفازات المعقمة عند المشاركة في الخلطات الوريدية المركبة (IV). إزالة القفازات عند الخروج من منطقة التحضير. يجب عند العمل بالقفاز عدم الرد على الهاتف.

5.1.4 تجنب تلويث المواد المعقمة باللمس. الرجوع إلى سياسة تقنية التعقيم.

6.1.4 تنظيف وتطهير / تعقيم جميع المعدات (على سبيل المثال الهاون، الملاعق، المدقات، أواني المقاييس وغيرها) التي تستخدم للإعداد وتركيب الأدوية مباشرة قبل استخدامها لمنع التلوث.

7.1.4 تنظيف وتعقيم جميع المعدات وأسطح العمل وسطح الطاولات بالمطهرات الموافق عليها من المركز يومياً وكلما اتسخت.

8.1.4 يجب على موظفي الصيدلية عدم التعامل مع المحاليل الوريدية أو أي أدوية أخرى عندما يكون مصاباً بأي نوع من آفات الجلد أو جرح.

2.4 <u>تحضير الأدوية للعلاج الموضعي مثل المراهم، البودرات والسوائل الموضعية.</u>

1.2.4 يتم تنظيف السطوح والمقاييس بالماء والكحول بنسبة 70٪ في بداية ونهاية كل عملية تركيبية.

2.2.4 يتم تنظيف جميع المعدات (الهاون، المدقات، الملاعق، وأوعية المقاس، الخ) المستخدمة للتركيب وتطهر مباشرة قبل استخدامها لمنع التلوث. تغسل جميع المعدات، وتشطف بالماء النقي بعد الاستخدام مباشرة قبل أن يتم تحضير أي مركب، تمسح جميع المعدات بالكحول الأثيلي بنسبة 70٪ أو تطهر.

3.2.4 إذا كانت المنتجات الدوائية تتطلب احتياطات خاصة لمنع تدخل التلوث في عملية التركيب، واتخاذ الاحتياطات المناسبة لمنع التلوث المتبادل. وتشمل تكييس المعدات، التنظيف الدقيق، أو استخدام الامدادات التي يمكن التخلص منها بعد الاستخدام.

4.2.4 استخدام جرعة واحدة عندما يكون ذلك ممكناً، ضع تاريخ على المركبات وتخلص منها عندما تنتهي صلاحيتها.

5.2.4 ينبغي عدم إرسال القوارير الفارغة، الأمبولات والحقن، والزجاجات التي تأتي من العيادات إلى الصيدلية. <u>هذا الإجراء لا ينطبق في حالة الأدوية المخدرة.</u>

4.2.4 Use unit dose when possible, date solutions and discard when expired.

4.2.5 Empty vials, tubes, ampoules, bottles that come from the clinics should not be sent to the pharmacy. <u>This does not apply for narcotic drugs.</u>

4.3 <u>Quality Control Monitoring:</u>

4.3.1 Examine the final product for any leaks, cracks, turbidity or particulate matter.

4.3.2 Label all prepared products to include the following information:

a. Patient Name.
b. Medical record number, patient location.
c. Solution and ingredient names, and concentrations.
d. The administration regimen names, and concentrations.
e. The expiration date and time.
f. Storage requirements.
g. Identification of the responsible pharmacist by badge number.
h. Appropriate additional labeling, for example any precautionary measures that need to be taken.

4.4 <u>Storage</u>

4.4.1 Use storage appropriate for products/ define expiration time or date by which mixed product must be used.

4.4.2 Store I.V. solutions according to the manufacturers' recommendations.

4.4.3 Remove expired medication from patient care areas and correctly dispose. Refer to Handling of infectious & regular waste.

4.4.4 Monitor temperature of refrigerator and freezers used to store pharmaceuticals. Keep a log of daily temperature checks. Use storage temperatures that are product specific.

4.4.5 Maintain integrity of products prior to use.

3.4 مراقبة <u>ضبط الجودة:</u>

1.3.4 فحص المنتج النهائي إذا كان هناك أي تسرب، شقوق، تعكر أو جسيمات.

2.3.4 تسمية جميع السوائل المحضرة بالملصقة لتشمل المعلومات التالية:

أ. اسم المريض.
ب . رقم السجل الطبي، موقع المريض.
ج . أسماء المكونات والعناصر، والتركيزات.
د . طريقة الإعطاء، والتركيز.
ه . تاريخ ووقت انتهاء الصلاحية.
و. متطلبات التخزين.
ز . تعريف الصيدلي المسئول عن التحضير طريق رقم الشارة.
ح . وضع الملصقات الإضافية المناسبة، على سبيل المثال أي تدابير وقائية التي يجب اتخاذها.

4.4 التخزين:

1.4.4 استخدام التخزين المناسب للمنتجات، وتحديد وقت أو تاريخ انتهاء الصلاحية لاستخدام المنتجات المركبة.

2.4.4 تخزين المحاليل الوريدية وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة.

3.4.4 إزالة الأدوية منتهية الصلاحية من مناطق العناية بالمرضى وتصريفها بشكل صحيح (أنظر- التعامل مع النفايات المعدية والعادية).

4.4.4 مراقبة درجة الحرارة المستخدمة في الثلاجة والمجمدات لتخزين المواد الصيدلانية. الاحتفاظ بسجل متابعة درجات الحرارة اليومية. استخدام درجات حرارة التخزين التي تخص المنتج.

5.4.4 المحافظة على سلامة المنتجات قبل استخدامها.

6.4.4 يتم نقل المنتج المعقم خارج الصيدلية بطريقة جيدة لحمايته من درجات الحرارة القصوى.

4.4.6 Transport sterile product outside the pharmacy in a manner to protect from extreme temperature.

4.5 Antimicrobial Control

4.5.1 Establish a system to control and monitor antimicrobial usage.

4.5.2 Generate and analyzes data to determine compliance with restriction policies.

4.5.3 Participate in the development of programs for Formulary and antimicrobial control.

4.5.4 Collaborate with physicians regarding patient specific recommendations for antimicrobial use.

4.6 Multi dose Vials (MDV's)

4.6.1 Date all MDVs once opened or accessed and put the expiration date according to the stability specified by the manufacturer.

4.6.2 Refrigerate any opened MDV as recommended by the manufacturer.

4.6.3 Clean the rubber diaphragm of the MDV with 70% Isopropyl Alcohol before inserting a device into the vial.

4.6.4 Access the MDV with a sterile device each time.

4.6.5 Avoid touch contamination of the MDV.

4.6.6 Discard the MDV when empty, when suspected or visible contamination occurs, or when the manufactures' stated expiration date is reached.

5.4 ضبط استخدام المضادات الحيوية:

1.5.4 وضع نظام لمراقبة ورصد استخدام المضادات الحيوية.

2.5.4 تجميع البيانات وتحليلها لتحديد مدى الالتزام مع سياسات التقييد.

3.5.4 المشاركة في برامج لعمل دليل الأدوية ومراقبة استخدام المضادات الحيوية.

4.5.4 التعاون مع الأطباء بشأن أي توصيات محددة لاستخدام المريض للمضادات الحيوية.

6.4 القوارير متعددة الجرعات (MDV):

1.6.4 ضع تاريخ على كل قارورة متعددة الجرعات بمجرد فتحها أو استخدامها وكذلك تاريخ انتهاء الصلاحية بناءً على مواصفات الثبات للشركة المصنعة.

2.6.4 وضع أي قارورة متعددة الجرعات في الثلاجة بمجرد فتحها على النحو الموصي به من قبل الشركة المصنعة.

3.6.4 تنظيف الحاجز المطاطي من قارورة متعددة الجرعات بكحول الأيسوبروبيل 70٪ قبل إدخال الإبرة في القارورة.

4.6.4 الوصول إلى قارورة متعددة الجرعات بإبرة معقم في كل مرة.

5.6.4 تجنب تلويث القارورة باللمس.

6.6.4 يتم التخلص من القارورة متعددة الجرعات عندما تكون فارغة، أو يشتبه أو يلاحظ حدوث تلوث، أو عند الوصول إلى تاريخ انتهاء الصلاحية المذكور من قبل المصنع.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Infection control Team:

5.1.1 To monitor and supervise the implementation of Infection Control Guidelines in the Center's Pharmacy.

5- المسئوليات:

1.3 فريق مكافحة العدوى:

1.1.5 المراقبة والإشراف على تنفيذ المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى في صيدلية المركز.

2.1.5 توفير التعليم المستمر والتدريب إلى موظفي الرعاية الصحية.

5.1.2 To provide ongoing education and training to HCWs.

5.1.3 To improve awareness and change attitudes and work practices among the institution.

5.1.4 To ensure the availability of specific protocols and written guidelines that are based on updated scientific and CBAHI standards.

5.2 Pharmacy personnel:

5.2.1 To take necessary care in the preparation, compounding, maintenance, and dispensing of drug items to prevent contamination of compounded drug items and exposure of patients and personnel to possible infection.

3.1.5 لتحسين الوعي وتغيير ممارسات العمل في المركز.

4.1.5 لضمان توافر بروتوكولات محددة ومبادئ توجيهية مكتوبة التي تستند إلى معايير علمية ومعايير جودة حديثة.

2.5 **أفراد الصيدلية:**

1.2.5 اتخاذ الإجراءات الصحيحة في الإعداد، التركيب، المحافظة على، وصرف الأدوية لمنع تلوث مواد الأدوية المركبة وتعرض المرضى والموظفين لعدوى محتملة.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 N/A

1.6 لا يوجد

7 - REFERRANCES ((المراجع):

7.1 CBAHI Resource Manual
7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.
7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Pharmacy Staff العاملين بالصيدلية	Title: Handling of Hazardous Materials in the Pharmacy التعامل مع المواد الخطرة في الصيدلية	Page 1 of 4
Department: PH	Policy Number: PH-IPP-003EA(2)	Replaces No.: PH-IPP-003EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To develop a system that addresses the identification, selection, handling, storage, use and disposal of hazardous waste / materials at all areas covered by the Pharmacy Department.

1.2 To provide guidelines for management of chemical spills / waste spills.

1- الغرض:

1.1 وضع نظام يعالج تحديد واختيار، والمناولة والتخزين والاستخدام والتخلص من النفايات الخطرة/المواد الخطرة في جميع المجالات التي يغطيها قسم الصيدلية.

1.2 توفير مبادئ توجيهية لإدارة الانسكابات الكيميائية /انسكاب النفايات.

2- DEFINITIONS:

2.1 **MSDS:** Material Safety Data Sheet.

2.2 **Hazardous Chemical Material:** Any flammable material (Ethyl Alcohol), poisonous such as iodine, or corrosive such as strong alkalines and strong acids (Hydrochloric acid)

2- التعريفات:

2.1 MSDS: ورقة بيانات سلامة المواد.

2.2 المواد الكيميائية الخطرة: قد تكون قابلة للاشتعال (الكحول الإثيلي) ، أو سامة مثل اليود، أو كاوية كالأحماض و القواعد القوية (حمض الهيدروكلوريك)

3- POLICY:

3.1 The Pharmacy Department will apply the guidelines provided by the CBAHI standards to ensure that safety measures are in place for safe handling of hazardous waste / materials.

3.2 The pharmacy personnel who generate hazardous waste must ensure proper identification, collection, documentation, packaging and disposal of hazardous material according to the Center's Safety Policy and Procedures, and be able to manage chemical & hazardous spills as outlined from the MSDS.

3- السياسات:

1.3 سوف تقوم الصيدلية بتطبيق المبادئ التوجيهية التي قدمتها معايير المجلس المركزي لضمان إجراءات السلامة لمعالجة النفايات الخطرة / المواد في مكان آمن.

2.3 العاملين بالصيدلية الذين يتسبب عملهم في حدوث نفايات خطرة يجب أن يقوموا بالتعريف الملائم التجميع، التوثيق ،التعبئة والتغليف والتخلص من المواد الخطرة وفقا لسياسة وإجراءات السلامة في المركز ، وأن يكونوا قادرين على إدارة انسكاب المواد الكيميائية الخطرة على النحو الموضح في ورقة بيانات السلامة MSDS .

4- PROCEDURES:

4.1 Safe Handling and Disposal of Hazardous Waste / Materials:

4.1.1 The Pharmacy staffs working in areas where hazardous materials are used or stored are aware of and know how to safe handle dangerous substances.

4.1.2 The use of the hazardous materials at the Pharmacy Department will be reviewed annually by the Head of the Pharmacy Department and submit the findings to the Safety Department.

4- الإجراءات:

1.4 التعامل الآمن والتخلص من النفايات / المواد الخطرة:

n	_t	en
UTF-8	2	1

4.1.1 موظفي الصيدلية العاملين في مناطق تستخدم فيها أو تخزن المواد الخطرة يجب أن يكونوا على دراية ومعرفة بكيفية التعامل مع المواد الخطرة بطريقة آمنة.

4.1.2 سوف يتم مراجعة استخدام المواد الخطرة في الصيدلية سنوياً من قبل رئيس قسم الصيدلية، وتقديم النتائج لإدارة قسم السلامة.

4.1.3 جميع المواد الخطرة / المواد الكيميائية تصنف تسمى، وتسجل في المناطق التي يتم تخزينها أو استخدامها، وفقا لسياسة القسم.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Handling of Hazardous Materials in the Pharmacy** **التعامل مع المواد الخطرة في الصيدلية**	**Page 2 of 4**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-003EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-003EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.1.3 All hazardous materials/chemicals are classified, labeled, and listed in areas where they are stored or used, as per department policy.

4.1.4 All chemicals are stored in a separate place on low shelves, and in the original labeled container.

4.1.5 A Material Safety Data Sheet (MSDS) is to be obtained for every chemical stored or used and identified as hazardous.

4.1.6 A master file of all MSDS will be kept and made available at the unit for those who are exposed to hazardous materials where they are kept or handled.

4.1.7 All sharps, including hypodermic needles and syringes, suture needles, knife blades, trocars from drains and opened glass ampoules of medicines will be disposed of into puncture-resistant sharp containers.

4.1.8 All hazardous materials are received in the Department by specially designated personnel and stored in a designated area for chemicals only.

4.1.9 All materials considered fire hazard (flammable) should be stored in a cold dry place, well ventilated and away from areas of fire hazards, and shall also be kept away from oxidizing agents (materials susceptible to spontaneous heating, explosion, etc).

4.1.10 Oxidizers will not be stored close to liquids that are flammable.

4.1.11 Spill kits are available where hazardous material are stored or used, and staff is trained on how to handle spills.

4.1.12 Firefighting equipment should be kept at the storage area where flammable materials are stored.

4.1.13 Sensitive material such as acids and acid-fumes will be stored in a cool dry, well-ventilated area, preferably wooden shelves.

4.1.4 يتم تخزين جميع المواد الكيميائية في مكان منفصل على رفوف منخفضة، وفي الوعاء الأصلي المسمى على الملصقة.

4.1.5 ورقة بيانات سلامة المواد (MSDS)يتم الحصول عليها عن كل مادة كيميائية مخزنة أو مستخدمة وتم التحديد أنها خطرة.

4.1.6 سوف يحتفظ بملف رئيسي يحتوي على جميع MSDS للمواد الكيميائية وستكون متاحة في الوحدة لأولئك الذين يتعرضون للمواد الخطرة، حيث يحتفظ بها أو يتم التعامل معها.

4.1.7 وسيتم التخلص من جميع الأدوات الحادة، بما في ذلك إبر الحقن والمحاقن، إبر الخياطة، شفرات السكين، trocars من مكان تصريف الجروح وأمبولات الأدوية الزجاجية الفارغة، في أوعية مقاومة للثقب.

4.1.8 جميع المواد الخطرة يتم استقبالها في القسم من قبل موظف مخصص ويتم تخزينها في المنطقة المخصصة للمواد الكيميائية فقط.

4.1.9 يجب تخزين جميع المواد التي تعتبر قابلة للاشتعال في مكان بارد وجاف، جيد التهوية وبعيداً عن مناطق مخاطر الحرائق، ويجب أيضا أن تبقى بعيداً عن العوامل المؤكسدة (مواد قابلة للتسخين الذاتي، والانفجار، وغيره).

4.1.10 المؤكسدات لا يتم تخزينها على مقربة من السوائل التي لها قابلية اشتعال سريع.

4.1.11 . صناديق معالجة الانسكاب يجب أن تتوفر حيث يتم تخزين واستخدام المواد الخطرة، ويتم تدريب الموظفين على كيفية التعامل مع الانسكابات.

4.1.12 . يجب أن تتوفر معدات مكافحة الحرائق في منطقة تخزين المواد القابلة للاشتعال.

4.1.13 يتم تخزين المواد الحساسة مثل الأحماض والأبخرة الحمضية في مكان بارد جاف، منطقة جيدة التهوية، يفضل أن تكون في أرفف خشبية.

4.1.14 المواد السامة المخزنة أو التي يمكن أن تتحلل إلى مكونات سامة من التعرض إلى الحرارة، الرطوبة، الأحماض، أو أبخرة الحوامض ستخزن في مكان بارد وجيد التهوية، بعيداً عن أشعة الشمس المباشرة . وسيتم عزل المواد السامة المتنافرة عن بعضها البعض.

4.1.15 وسيتم تخزين المواد الأكالة في منطقة باردة وبها تهوية (أعلى من نقطة التجميد الخاصة بها)، وينبغي عزلها عن غيرها من المواد.

4.1.16 الملابس الواقية للأفراد والمعدات (العباءات، والقفازات واقي العين والوجه) سوف تكون متاحة للاستخدام عند التعامل مع هذه المواد.

4.1.17 ينبغي تدريب الموظفين الذين يتعرضون للتعامل مع المواد الخطرة على كيفية التعامل مع الانسكابات والاستخدام المناسب للملابس الواقية والمعدات.

Applied to: Pharmacy Staff العاملين بالصيدلية	Title: Handling of Hazardous Materials in the Pharmacy التعامل مع المواد الخطرة في الصيدلية	Page 3 of 4
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-003EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-003EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.1.14 Materials which are toxic as stored or which can be decomposed into toxic components from contact with heat, moisture, acids, or acid fumes will be stored in a cool, well-ventilated place, out of the direct rays of the sun. Incompatible toxic materials will be isolated from each other.

4.1.15 Corrosive materials will be stored in a cool ventilated area (above their freeze point); should be isolated from other materials.

4.1.16 Personnel protective clothing and equipment (gowns, gloves, eye & face protection) will be available for use when handling these materials.

4.1.17 The staff who are exposed to handling hazardous materials should be trained on how to handle spills and the appropriate use of these personnel protective clothing and equipments.

4.1.18 In case any staff's eyes contact with chemicals, there should be in the Pharmacy Department a sink available for eye washing.

4.1.19 An Occurrence Variance Report Form must be completed on all hazardous materials and waste spills and exposures, to be sent to The Safety Department for review and analysis.

4.2 Management of Chemical / Waste Spills:

If a leak or spill is found, the following action should be taken:

4.2.1 Identify the chemical before attempting to clean up any hazardous chemical spills.

4.2.2 Obtain Material Safety Data Sheet (MSDS) on the chemical, and apply the procedures for cleaning up that kind of chemical leak, or chemical spill.

4.2.3 Alert people in the immediate area of spill, Supervisor and Safety Officer.

4.2.4 Evacuate all personnel from the area and close all doors.

4.1.18 في حالة تعرض أي من عيني الموظفين إلى المواد الكيميائية في الصيدلية يجب أن تكون هناك مغسلة متاحة لغسل العين.

4.1.19 يجب أن يكتمل نموذج تقرير عن حادثة عند التعرض إلى جميع المواد الخطرة أو انسكاب النفايات، ليتم إرسالها إلى إدارة السلامة للمراجعة والتحليل.

4.2 إدارة انسكاب المواد الكيميائية /النفايات:

إذا تم العثور على تسرب أو انسكاب، ينبغي اتخاذ الاجراءات التالية:

4.2.1 التعرف على المواد الكيميائية قبل محاولة تنظيف أي انسكاب للمواد الكيميائية الخطرة.

4.2.2 الحصول على ورقة بيانات سلامة المواد (MSDS)عن المادة الكيميائية، وتطبيق الإجراءات اللازمة لتنظيف هذا النوع من الانسكاب كيميائي، أو تسرب مواد كيماوية.

4.2.3 تنبيه الناس في المنطقة المجاورة للانسكاب، تنبيه المشرف، ومسئول السلامة.

4.2.4 إخلاء جميع العاملين من المنطقة وإغلاق جميع الأبواب.

4.2.5 ضمان التهوية الكافية.

4.2.6 انتظر بالقرب من منطقة الانسكاب على مسافة آمنة، حتى وصول المساعدة لتوفير توجيه لمسئول السلامة

4.2.7 أكمل تقرير التبليغ عن حادثة (OVR) عن الانسكاب أو التسرب

Applied to: Pharmacy Staff العاملين بالصيدلية	Title: Handling of Hazardous Materials in the Pharmacy التعامل مع المواد الخطرة في الصيدلية	Page 4 of 4
Department: PH	Policy Number: PH-IPP-003EA(2)	Replaces No.: PH-IPP-003EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.2.5 Ensure adequate ventilation.

4.2.6 Wait by the spill area in a safe distance, until assistance arrives to provide guidance to the Safety Officer.

4.2.7 Complete an OVR Form on spill or leak.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 **The Director of the Pharmacy, Safety Officer and all the staff:** are responsible for developing, managing and implementing the handling and disposal of hazardous waste / materials, as well as managing of chemical and hazardous spills.

5.2 **Head of Pharmacy Department**: is responsible for reviewing the use of hazardous materials at the Pharmacy Department annually.

5- المسئوليات:

5.1 **مدير الصيدلية، مسئول السلامة وجميع الموظفين :**

هم المسئولين عن تطوير وإدارة وتنفيذ التعامل والتخلص من النفايات/المواد الخطرة، بالإضافة إلى إدارة انسكاب المواد الكيميائية الخطرة.

5.2 **رئيس الصيدلة :**

هو المسئول عن مراجعة استخدام المواد الخطرة في الصيدلية سنويا.

6- FORMS:

6.1 - MSDS (Material Safety Data Sheet) Form.

6.2 – OVR Form.

6- النماذج:

1.6 نموذج ورقة معلومات أمن المواد الكيميائية.

1,7 نموذج إبلاغ عن حادث.

7 - REFERRANCES ((المراجع):

7.1 CBAHI Resource Manual

7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Pharmacy Security Measures** **التدابير الأمنية للصيدلية**	**Page 1 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-007EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-007EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To ensure security of the pharmacy facilities and environment.

1- الغرض:

1.1 لضمان أمن منشآت الصيدلية وبيئة العمل.

2- DEFINITIONS:

2.1 N/A

2- التعريفات:

1.2 غير متوفرة

3- POLICY:

3.1 Only employees of the Department of Pharmacy have authorized access to the departmental areas (limited access).

3.2 All employees must wear their ID badges at all times while in the hospital.

3.3 Proper locking procedures are in place during and after working hours with identification of which personnel should have keys to the pharmacy.

3.4 Only the Head of Pharmacy or his Deputy has a key to access the pharmacy after hours in case of an emergency (i.e. fire or flood).

3- السياسات:

3.1 فقط موظفي الصيدلية مصرح لهم بدخول مناطق الصيدلية (دخول مقنن).

3.2 يجب على كل موظفي الصيدلية لبس بطاقة العمل في كل الأوقات أثناء وجودهم في المستشفى.

3.3 إجراءات غلق الصيدلية الصحيحة يجب أن تكون موجودة أثناء وبعد ساعات العمل الرسمية مع تعريف الأشخاص المصرح لهم بمفاتيح الصيدلية.

3.4 فقط رئيس الصيدلية أو من ينوب عنه أو مدير المركز الصحي مصرح لهم بدخول الصيدلية بعد ساعات العمل الرسمية في حالة وجود طوارئ (مثل الحريق أو الفيضان).

4- PROCEDURES:

4.1 Measure for the Security of the Pharmacy Department:

4.1.1 Under no circumstances are unidentified persons allowed to be present in the Pharmacy.

4.1.2 Unauthorized personnel shall not be allowed in any Pharmacy area except at the invitation and under the direct supervision of another Pharmacy employee.

4.1.3 All employees must wear visible ID badges at all times when in the hospital.

4.1.4 The presence of Pharmacy employees' guest(s) must have prior consent of the Pharmacy Head and/or their immediate Supervisor. The employee is responsible for the whereabouts and actions of his/her guest while in the Pharmacy areas. Visits which are personal in nature when necessary should be conducted

4- الإجراءات:

4.1 تدابير الأمن لقسم الصيدلية:

4.1.1 تحت أي حال من الأحوال لا يسمح بوجود أشخاص غير معروفين بقسم الصيدلية.

4.1.2 الأشخاص الغير مصرح لهم لا يسمح لهم بدخول الصيدلية إلا بدعوة أو تحت أشراف أحد موظفي الصيدلية.

4.1.3 كل موظفي الصيدلية يجب أن يلبسوا بطاقات العمل بطريقة مرئية في كل الأوقات التي يتواجدون بها في المستشفى.

4.1.4 وجود ضيوف بالصيدلية يجب أن يكون بموافقة مسبقة من مدير الصيدلية أو مشرف الصيدلية. الموظف هو مسئول عن معرفة مكان تواجد ضيفه وتصرفاته أثناء زيارته للصيدلية. الزيارات ذات الطابع الخاص يجب أن تكون بقدر الإمكان خارج مناطق صرف الأدوية ولوقت قصير حتى لا يؤثر ذلك على سير العمل بالصيدلية.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Pharmacy Security Measures** **التدابير الأمنية للصيدلية**	**Page 2 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-007EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-007EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

outside the dispensing areas and for only minimal periods of time, so as not to disrupt the Pharmacy operations.

4.1.5 All other employees of the Health Center (e.g. Doctors, Nurses, etc.) shall be considered as unauthorized personnel and should not be allowed in the dispensing areas unless it is for a job related function and under the supervision of a Pharmacy employee.

4.1.6 The pharmacy doors and windows must be properly locked at the end of working hours with no access to any one.

4.1.7 The pharmacy department doors are properly locked during daily operating hours, only allowing personnel inside the pharmacy working area.

4.1.8 The pharmacy director designates certain personnel to have keys to the pharmacy department and those include the pharmacy director, the pharmacist on call, and the pharmacist/technician on duty.

4.1.9 A fire plan is hanged in the Pharmacy. All the emergency exits are shown on the plan, as well as those fire extinguishers are available and are checked on monthly basis.

4.1.10 Access to all pharmacy areas after working hours in case of emergency (fire, flood, etc.) is through the Pharmacy Director or his Deputy Director only.

4.1.11 Violation of these policies and procedures shall be grounds for disciplinary action.

4.1.12 Any incident occur which threatens the security of the pharmacy the following steps should be taken:

4.1.12.1 The pharmacist in charge should be informed Immediately.

4.1.12.2 The Health Center Director should be informed.

4.1.12.3 An investigation should be initiated about the incident to check the security level, and necessary measures to secure

4.1.5 كل موظفي المركز الصحي الآخرين (مثل الأطباء والممرضات وغيرهم) يعتبرون أشخاص غير مصرح لهم بدخول الصيدلية ويجب ألا يسمح لهم بذلك إلا إذا كان وجودهم داخل الصيدلية له علاقة بالعمل وتحت إشراف موظف من الصيدلية.

4.1.6 أبواب وشبابيك الصيدلية يجب أن تكون مغلقة جيداً في نهاية ساعات العمل الرسمية ومنع أي شخص من الدخول.

4.1.7 أبواب الصيدلية يجب أن تكون مغلقة جيداً أثناء ساعات العمل الرسمية، ويسمح فقط لموظفي الصيدلية بالتواجد داخل منطقة العمل بالصيدلية.

4.1.8 يعين مدير الصيدلية أشخاص محددين لحيازة مفاتيح الصيدلية ويشمل ذلك، مدير الصيدلية، الصيدلي تحت الطلب، والصيدلي المناوب.

4.1.9 يجب أن تكون خطة الإخلاء أثناء الحريق معلقة في الصيدلية. كل مخارج الطوارئ موضحة في الخطة، وكذلك طفايات الحريق متوفرة ومتحقق من صحة عملها بصفة دورية كل شهر.

4.1.10 دخول الصيدلية بعد ساعات العمل الرسمية في حالة وجود طوارئ (مثل الحريق أو الفيضان) فقط من خلال رئيس الصيدلية أو نائبه أو مدير المركز الصحي.

4.1.11 **عدم** الالتزام بهذه السياسات والإجراءات تعرض المخالفين للمسائل والجزاء.

4.1.12 عند التعرض لأي حادث يهدد أمان الصيدلية، يجب اتباع الخطوات التالية:
4.1.12.1- يتم إبلاغ الصيدلي المسؤول فوراً.
4.1.12.2- يتم إبلاغ مدير المركز الصحي.
4.1.12.3- يتم فتح تحقيق فوري في ملابسات الحادث للتأكد من مستوى الأمان، والإجراءات اللازمة لتأمين المنطقة.

4.1.13 في حال الشك في دخول غير المصرح لهم للصيدلية و مخزن الأدوية:
- يتم إبلاغ الأمن.
- تفتيش مخزن الأدوية لحصر النقص إن وجد.
- جرد كامل لجميع الأدوية الخاضعة للرقابة والمخدرة.

4.1.14 عند حدوث أي مشكلة أمنية يجب توثيق الإجراءات بتقرير حادث.

the area.

4.1.13 In case unauthorized personnel enters the pharmacy or store room should:

- Inform security.
- Inspect the store room to determine if any drugs were missing.
- Inventory all narcotic and controlled drugs.

4.1.14 When any security problem occurs the incident and steps taken should be documented as an OVR.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The pharmacy employees:

are responsible for the whereabouts and actions of their guests while in the Pharmacy areas.

5.2 The pharmacy director:

is responsible for designating certain personnel to have keys to the pharmacy department.

5- المسئوليات:

5.1 **موظفي الصيدلية:**
مسئولين عن معرفة مكان تواجد ضيوفهم وتصرفاتهم أثناء زيارتهم للصيدلية.

5.2 مدير **الصيدلية:**
مسئول عن تحديد أشخاص معينين لتكون مفاتيح الصيدلية بحوزتهم.

6- FORMS:

6.1 – Occurrence Variance Report Form (OVR).

6- النماذج:

1,6- نموذج إبلاغ عن حادث.

7 – REFERRANCES:

7.1 - CBAHI Resource Manual.
7.2 - Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards.

7 - المراجع:

1,7- دليل مرجع اللجنة المركزيه لاعتماد المنشئات الصحية.
2.7 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية .

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Narcotic & Controlled Drugs** **الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة**	**Page 1 of 8**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-047EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-047EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To comply with MOH rules and regulation governing the adequate control of the distribution, safeguarding and storage of all narcotic and controlled drugs.

1.2 To define the responsibilities of center personnel with regard to prescribing, dispensing, administering, storing, and record keeping of these drugs.

-1 :

1.1 الامتثال لقواعد وزارة الصحة وتنظيم الرقابة الكافية لتوزيع، حماية وتخزين جميع العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة.

1.2 تحديد مسؤوليات موظفي المركز فيما يتعلق بوصف، صرف، تخزين، إعطاء وحفظ السجلات لهذه العقاقير.

2- DEFINITIONS:

2.1 Narcotic Drugs – substances that lead to increasing tolerance and physiological dependence.

2.2 Controlled Drugs – Any drug or therapeutic agent with a potential for abuse or addiction, which is held under strict control.

2.3 Psychotropic Drugs – Any drug capable of affecting the mind, emotions, and behavior.

2- التعريفات:

2.1. الأدوية المخدرة - المواد التي تؤدي إلى زيادة الاحتمال والاعتماد الفسيولوجي.

2.2. العقاقير الخاضعة للرقابة - أي دواء أو مادة علاجية، ينتج من تعاطيها احتمال سوء الاستخدام أو الإدمان، والتي يجب أن تكون تحت رقابة صارمة.

2.3. الأدوية العقلية - أي دواء قادر على التأثير على العقل، والعواطف، والسلوك.

3- POLICY:

3.1 The Pharmacy Department has an effective and consistent policy on the proper handling of narcotic and sedative-hypnotic drugs for the Health Center, according to the rules and regulations of the MOH and the CBAHI Standards.

3.2 Narcotic and controlled drugs must be prescribed for a legitimate medical indication by a physician acting in the usual course of sound professional practice.

3.3 Strict rules and regulations are followed for dispensing narcotic and controlled drugs and only MOH approved prescriptions are used and dispensed by the pharmacy department.

3.4 Only the pharmacy department will receive, store (behind a steel door with double lock), and dispense narcotic & controlled drugs to CENTER patients, and maintain proper documentation of drug count and accountability (including that of empty containers of narcotics).

3- السياسات:

3.1الصيدلية لديها سياسة فعالة ومتناسقة للتعامل السليم مع المواد المخدرة والمهدئة والمنومة لمرضى المركز الصحي، وفقا للقواعد والأنظمة المعمول بها في وزارة الصحة ومعايير المجلس المركزي.

3.2ويجب أن توصف العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة لدواعي طبية شرعية من قبل طبيب يعمل في السياق المعتاد من الممارسة المهنية السليمة.

3.3يتم إتباع قواعد ولوائح صارمة لصرف الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة ويتم صرف الوصفات على النماذج الموافق عليها من وزارة الصحة فقط.

3.4سوف تقوم الصيدلية فقط باستلام، تخزين (وراء باب حديد بقفل مزدوج)، وصرف العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة لمرضى المركز، والمحافظة على الوثائق الصحيحة من إحصاء و المسئولية عن الأدوية (بما في ذلك الأمبولات الفارغة من المخدرات).

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Narcotic & Controlled Drugs** **الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة**	**Page 2 of 8**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-047EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-047EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4- PROCEDURES

4.1 General Considerations:

4.1.1 Prescriptions for Narcotic and Controlled drugs will be received by the pharmacist/assistant pharmacist in-charge from 8.00 am – 4.00 pm.

4.1.2 The narcotic & controlled drugs' pharmacist/assistant pharmacist will dispense Narcotic & Controlled drugs to the Nurse upon a legitimate prescription.

4.1.3 The nurse administering narcotic and controlled drugs will be responsible for maintaining proper documentation of the drug in the patient record and her clinic record.

4.1.4 Physicians are not to prescribe for themselves or direct family use, but have to follow the proper MOH rules for such medications (Narcotics or Controlled Drugs).

4.1.5 The psychotropic drugs are restricted to psychiatrists and specialists.

4.1.6 Under **NO** circumstances are injectable narcotics & controlled drugs allowed to be dispensed for use outside the Health Center.

4.1.7 **Narcotics:**

a. The treating physician should fill the narcotic prescription form for each ampoule used.

b. All prescriptions for Narcotic drugs are made daily and are signed and stamped by the physician.

c. All empty ampoules and vials of Narcotic and Controlled drugs will be saved and returned to the pharmacy with the appropriate proof-of-use document (complete filled form).

d. The appropriate size ampoule of the drug shall be used, never use larger dose ampoules for smaller prescribed doses of a drug for which a smaller size ampoule is available.

e. The pharmacist / assistant pharmacist will check the prescription order carefully and make sure that all the information is complete, as well as the consumed amount in the ampoule is indicated, and

4- الإجراءات:

4.1اعتبارات عامة:

1.1.4 سيتم استقبال الوصفات للمواد المخدرة والخاضعة للرقابة من قبل الصيدلي/ مساعد الصيدلي المسئول من 8.00 صباحا وحتى الساعة 4.00 بعد عصراً.

2.1.4 الصيدلي/ مساعد الصيدلي المشرف على العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة يقوم بصرف المخدرات والأدوية الخاضعة للرقابة للممرضة عن طريق وصفة طبية شرعية.

3.1.4 سوف تقوم الممرضة المسئولة من إعطاء المواد المخدرة والخاضعة للرقابة بالحفاظ على الوثائق الصحيحة من تسجيل ذلك في ملف المريض والسجل الخاص بهذه الأدوية في العيادة التي تعمل بها.

4.1.4 لا ينبغي أن يصف الأطباء هذه الأدوية للاستخدام الشخصي أو للعائلة المباشرة، ولكن يجب إتباع النظام الصحيح لوزارة الصحة الخاص بوصف مثل هذه الأدوية (المخدرات أو العقاقير الخاضعة للمراقبة).

5.1.4 الأدوية النفسية مسموح بها لأطباء النفسية والأخصائيين من التخصصات الأخرى.

6.1.4 تحت أي ظرف **لا يمكن** صرف الأدوية المخدرة والخاضعة للمراقبة التي تأخذ عن طريق الحقن كدواء للاستخدام خارج المركز الصحي.

7.1.4 **المخدرات:**

أ. يجب على الطبيب المعالج تعبئة نموذج الوصفة الطبية المخدرة لكل أمبولة واحدة مستخدمة.

ب .جميع وصفات الأدوية المخدرة تكتب يومياً، وتوقع وتختم من قبل الطبيب.

ج . سيتم حفظ جميع الأمبولات والقنينات الفارغة للعقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة، وإعادتها إلى الصيدلية مع إثبات صحة الاستخدام المناسب (نموذج مملوء كامل) .

د .يجب استخدام الأمبولة ذو الحجم المناسب للدواء. لا تستخدم أمبولات ذات جرعات أكبر إذا كان موصوف للمريض جرعة أصغر من الدواء ويتوفر بالصيدلية أمبولة ذات حجم أصغر.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Narcotic & Controlled Drugs** **الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة**	**Page 3 of 8**
Department: PH	**Policy Number: PH-APP-047EA (2)**	**Replaces No.: PH-APP-047EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

the remaining balance is properly discarded, documented, signed and stamped (including witnesses of the discarding).

f. The Nurse should withdraw the solution from the ampoule near the safe cabinet and return the empty ampoule immediately to the cabinet to avoid misplacement of the empty ampoules.

g. Any lost ampoule must be reported to the Director of pharmacy and Director of Nursing immediately.

4.1.8 **Controlled Drugs:**

a. The treating physician should fill the controlled drug prescription form**.** **The** prescription for a Controlled Injectable Drug is made Daily and for each ampoule used. For Tablets or Suppositories (e.g. Valium 5mg rectal suppos.) the prescription is valid for One Week only.

b. The pharmacist should check the prescription for completion and dispense the drugs as prescribed.

4.1.9 **Discarding Unused Narcotic & Controlled Drugs:**

a. The narcotic prescription form should be prepared at the time of discarding.

b. Record patient's dose from the medication log book.

c. Record balance to be discarded in the prescription form.

d. One nurse and the Most Responsible Physician must witness the discarding of the unused portion of the diluted drug, or that remaining in the ampoule/syringe, into the sink.

e. A nurse and a physician must sign the narcotic prescription when discarding any unused drug from an ampoule or from a continuous infusion, and return the empty ampoule to the pharmacy.

f. The narcotic prescription form should be properly filled, signed and stamped by the treating physician.

4.1.10 **Broken Ampoules Policy:**

هـ. سوف يقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بالتحقق من الوصفة الطبية بعناية والتأكد من أن جميع المعلومات كاملة، وكذلك تتم الإشارة إلى الكمية المستهلكة في الأمبولة، والرصيد المتبقي يتم التخلص منه، توثيقه، التوقيع عليه وختمه بشكل صحيح (بما في ذلك الشهود على الكمية المتلفة).

و. يجب على الممرضة سحب المحلول من الأمبولة بالقرب من الكابينة وإعادة الأمبولة الفارغ فوراً إلى الكابينة لتجنب وضع الأمبولات الفارغ في غير موضعها.

ز. يتم إبلاغ مدير الصيدلية ومديرة التمريض مباشرة إذا فقدت أمبولة أدوية مخدرة.

8.1.4 **العقاقير الخاضعة للرقابة:**

أ. يجب على الطبيب المعالج ملء استمارة الوصفة الطبية للأدوية الخاضعة للرقابة. وتكتب الوصفة الطبية للأدوية التي تؤخذ عن طريق الحقن يومياً ولكل أمبولة واحدة. بالنسبة إلى الأقراص أو التحاميل (Valium 5mg suppos.) الوصفة الطبية صالحة لمدة أسبوع واحد فقط.

ب. يجب على الصيدلي التحقق من الوصفة الطبية واستكمال عناصرها وصرف الدواء كما هو موصوف.

9.1.4 **التخلص من أو إتلاف الأدوية المخدرة والخاضعة للمراقبة الغير مستخدمة:**

أ. ينبغي تحضير نموذج الوصفة الطبية المخدرة في نفس الوقت الذي يتم التخلص من الكمية الغير مستخدمة.

ب. تسجيل جرعة المريض من سجل الدواء.

ج. ينبغي تسجيل الكمية التي سيتم إتلافها في نموذج الوصفة الطبية.

د. يجب على الطبيب المسئول وممرضة أن يشهدوا التخلص من الجزء غير المستخدم من الدواء المخفف، أو المتبقي في الأمبولة/ الحقنة في الحوض.

هـ. يجب أن يوقع الطبيب والممرضة على الوصفة الطبية المخدرة عند التخلص من أي نوع من الأدوية غير المستخدمة من أمبولة أو من قارورة محلول وريدي مستمر، وإعادة الأمبولة الفارغ إلى الصيدلية.

و. ينبغي أن تعبأ وتوقع الوصفة الطبية المخدرة بشكل صحيح من قبل الطبيب المعالج.

a. An OVR report, signed by two witnesses and the Head Nurse, should be made for any ampoule (filled with medicine) that's broken or lost by a nurse and the report should be submitted to the TQM department. The nurse should also give a written report about the incident to the pharmacy department so that it will be documented and replaced with a new one. This report will be given a number and recorded in the Narcotic & Controlled Drugs Booklet as a consumed ampoule.

b. If an empty ampoule was broken or lost by a nurse, then the nurse will make a report (Explanation letter) signed by two witnesses and submitted to the pharmacy department.

c. If an ampoule of a Narcotic or Controlled drug was found to be broken by the pharmacist / assistant pharmacist in his pharmacy stock, he should make a written report signed by two witnesses of the incident and recorded in the relevant documents (Narcotic & Controlled Drugs Booklet).

10.1.4 **سياسة الحقن المكسورة:**

أ. وينبغي التوقيع على نموذج تقرير عن حادثة (OVR) من قبل اثنين من الشهود ورئيسة الممرضات، عن كسر أو فقدان أي أمبولة (مليئة بالدواء) من قبل ممرضة وينبغي تقديم التقرير إلى إدارة الجودة الشاملة. يجب على الممرضة أيضا إعطاء تقرير مكتوب عن الحادثة إلى الصيدلية بحيث يتم توثيقه واستبدال الأمبولة بأخرى جديدة. وسيتم تسجيل ذلك في سجل الأدوية المخدرة التي تخضع للرقابة باعتبارها أمبولة مستهلكة.

ب. إذا تم كسر أو فقدان أمبولة فارغة من قبل ممرضة، ستقوم الممرضة بتقديم تقرير (خطاب تفسيري) موقع من قبل اثنين من الشهود، ويتم تقديمه إلى الصيدلية.

ج. إذا تم العثور على أمبولة دواء مخدر أو خاضع للمراقبة مكسور من قبل الصيدلي/ مساعد الصيدلي في مخزون صيدليته ينبغي عليه تقديم تقرير مكتوب موقع من قبل اثنين من الشهود عن الحادثة وتسجل في الوثائق ذات الصلة (سجل الأدوية المخدرة الخاضعة للرقابة).

4.1.11 **Controlled & Psychotropic Drugs:**

a. Tablet forms only of Controlled Drugs are allowed to be given to Health Center patients. Injectable of Psychotropic Drugs are not allowed to be given to Health Center patients**.**

b. Psychiatrists can prescribe Psychotropic Drugs in a regular prescription, and dispensed for as long as indicated by the physician (to the next appointment or less).

c. Psychiatrists, neurologists and neurosurgeons can prescribe Controlled Drugs for a maximum of 3 months.

d. The pharmacist/assistant pharmacist in-charge should make sure that the prescription contains all data about the patient, the diagnosis, date, signature of the one who receives the drug (the patient or one from his family), also all the data of the drug (name, strength, dose, quantity) and the physician writes his name signature and stamp.

e. Once the prescription is filled, it will be given to pharmacy window for dispensing, and the form shall be signed by the patient or relative to confirm received medication.

11.1.4 **العقاقير النفسية الخاضعة للرقابة:**

أ . ويسمح فقط للأقراص من العقاقير الخاضعة للرقابة أن تعطى لمرضى المركز الصحي . ولا يسمح للحقن من العقاقير النفسية أن تعطى لمرضى المركز الصحي.

ب .يمكن أن يصف الأطباء النفسيين الأدوية النفسية في المركز الصحي بوصفة طبية عادية، وصرفها للمدة التي يحددها الطبيب (حتى الموعد القادم أو قبل ذلك).

ج .يمكن للأطباء النفسيين، أطباء الأعصاب وجراحي الأعصاب وصفا لعقاقير الخاضعة للرقابة لمدة أقصاها 3 أشهر.

د .يجب على الصيدلي/ مساعد الصيدلي المسئول التأكد من أن الوصفة الطبية تحتوي على كافة البيانات عن المريض، التشخيص، التاريخ، وتوقيع الشخص الذي يتلقى الدواء (المريض أو أحد من أفراد أسرته)، وكذلك جميع البيانات عن الدواء (الاسم، القوة، الجرعة والكمية)، ويكتب الطبيب اسمه وتوقيعه وتختم.

هـ . بمجرد أن يتم تعبئة الوصفة الطبية، تعطى من نافذة صيدلية المركز الصحي لصرفها، ويوقع النموذج من قبل المريض أو قريبه لتأكيد استلام العلاج.

f. The pharmacist/assistant pharmacist in-charge should write the instructions for use and expiration date on the plastic bag label.

g. A refill card is issued by the pharmacy since the pharmacy dispenses one month at time, which will allow the patient to refill the prescription monthly.

h. If the drug is not available in our pharmacy, the physician will fill a special prescription form (pink color prescription) which contains several copies to be stamped by the pharmacy for purchase from community pharmacies.

i. All prescriptions must be dated at the time of writing and are valid for filling in the pharmacy as follows:

1. Within 24 hrs. if written in the emergency room.
2. Seven days if generated from clinics.

4.2 Recording:

4.2.1 There is Narcotics' Log Book for daily recording.

4.2.2 In the narcotics' log book, the pharmacist/assistant pharmacist shall give the narcotic forms each a serial number, and record all the required information in the book.

4.2.3 A monthly statistics of the consumed drugs is prepared by the pharmacist/ assistant pharmacist and sent to the "Health Directorate".

4.3 Inspection:

4.3.1 The pharmacist/assistant pharmacist in-charge should monthly check the expiration date of the narcotic and controlled drugs in the pharmacy.

4.3.2 If the drug is near to expire and is not moving the medical supply stores should be informed in writing.

4.4 Narcotic/Controlled Drugs Pharmacist/Assistant Pharmacist:

4.4.1 Has overall responsibility for the control, storage, handling, dispensing and record keeping of narcotics and controlled drugs.

4.4.2 Prepare & Signs quarterly reports to Ministry of Health.

و .يجب على الصيدلي/ مساعد الصيدلي المسئول كتابة إرشادات الاستخدام، تاريخ انتهاء الصلاحية على ملصق الكيس البلاستيكي.

ز .يتم إصدار بطاقة إعادة صرف من الصيدلي/ مساعد الصيدلي، حيث أن الصيدلية تصرف شهر واحد فقط، يتم بموجبه إعادة صرف الدواء شهرياً بواسطة المريض.

ح . إذا كان الدواء غير متوفر في الصيدلية، سوف يقوم الطبيب بملء نموذج وصفة طبية خاصة (وردية اللون) والتي تحتوي على عدة نسخ ليتم ختمها من قبل الصيدلية للشراء من الصيدليات الخاصة.

ط. يجب أن تكون جميع الوصفات مؤرخة في وقت كتابتها، وتكون صالحة للصرف في الصيدلية على النحو التالي:

1. إذا كتبت في غرفة الطوارئ في غضون 24 ساعة.

2. سبعة أيام إذا كتبت من المركز الصحي.

4. 2 التسجيل:

4.2.1 هناك سجل لتسجيل المخدرات يومياً.

4.2.2 في دفتر سجل المخدرات، يقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بإعطاء كل استمارة مخدر رقم تسلسلي، وتسجل جميع المعلومات المطلوبة في هذا الدفتر.

4.2.3 يتم عمل إحصائيات شهرية للأدوية التي تم استهلاكها في المركز بواسطة الصيدلي/ مساعد الصيدلي وإرسالها إلى "مديرية الشئون الصحية".

4. 3 التفتيش:

4.3.1 وينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي المسئول أن يفحص شهرياً تاريخ انتهاء الصلاحية للأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة في الصيدلية.

4.3.2 إذا أوشكت صلاحية الدواء عل الانتهاء وهو بطيء الحركة فيجب إبلاغ مستودعات التموين الطبي بذلك كتابياً للتصرف فيه.

4. 4 الأدوية المخدرة التي تخضع للمراقبة – صيدلي/ مساعد صيدلي:

4.4.1 لديه المسئولية الشاملة على السيطرة، التعامل مع، تخزين، صرف وحفظ سجلات العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة.

4.4.2 إعداد وتوقع تقارير ربع سنوية إلى وزارة الصحة.

4.4.3 Maintains adequate stock of all narcotic and controlled drugs to meet the center's requirements.

4.4.4 Has control of all narcotics and controlled drugs under his/her responsibility and is responsible and accountable for their safe storage, proper issuance and record keeping.

4.4.5 Maintains clear, legible and accurate inventory records of all narcotics and controlled drugs to meet MOH requirements.

4.4.6 Issues narcotic and controlled drugs upon receipt of one of the following documents:

a. Narcotic and controlled drugs used prescriptions.

b. Reports of broken or lost ampoules.

4.4.7 Revises the above listed issue documents for accuracy and to ensure that they are properly completed, without crossing-out, erasures or over-writing, before dispensing/replenishing the drug.

4.4.8 Prepares documents for the destruction of empty ampoules/vial at the end of the month.

4.5 Destruction of Empty Narcotic/Controlled Ampoules & of Old Prescriptions and Used Narcotic Drug Booklets:

4.5.1 The Narcotic and Controlled drugs pharmacist / assistant pharmacist prepares the official request to M.O.H. for witnessing the destruction of a specific quantity of empty narcotic/controlled ampoules and of used narcotic/controlled drug booklets, over a specific period of time.

4.5.2 The request is reviewed and signed by the pharmacy director, and then by the Health Care Center Director.

4.5.3 The request is then submitted to the MOH.

3.4.4 يحافظ على مخزون كاف من الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة لتلبية متطلبات المركز الصحي.

4.4.4 له السيطرة على كل الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة بموجب عنايته لها ومسئول عن التخزين الآمن لها، والصرف الصحيح وحفظ السجلات.

5.4.4 يحافظ على دقة سجلات الجرد المستمر واضحة وسهلة القراءة لجميع العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة لتلبية متطلبات وزارة الصحة.

6.4.4 يصرف الأدوية المخدرة الخاضعة للرقابة عند استلام أحد الوثائق التالية:

أ. الوصفات الطبية المستخدمة للعقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة.

ب. تقارير عن الحقن المكسورة أو المفقودة.

7.4.4 يراجع الوثائق المذكورة أعلاه للتأكد من دقتها وضمان إكمالها بشكل صحيح، دون المحو، التغيير أو الكتابة فوقها، قبل صرف/تجديد الأدوية.

8.4.4 إعداد وثائق إتلاف الأمبولات/ القنينات الفارغة في نهاية الشهر.

5 .4 **تدمير الحقن المخدرة والخاضعة للرقابة الفارغة والوصفات القديمة وكتيبات الأدوية المخدرة المستعملة:**

1.5.4 يعد الصيدلي/ مساعد الصيدلي المسئول عن الأدوية المخدرة والمهدئة طلباً رسميا إلى وزارة الصحة لتشهد تدمير كمية محددة من الحقن الفارغة المخدرة / الخاضعة للرقابة ومن كتيبات الأدوية المخدرة / الخاضعة للرقابة المستخدمة، على مدى فترة محددة من الزمن.

2.5.4 ويتم مراجعة الطلب وتوقيعه بواسطة رئيس قسم الصيدلية، ومن ثم من قبل مدير المركز الصحي.

3.5.4 ثم يرسل الطلب إلى وزارة الصحة.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Pharmacy department: is responsible for receiving, storing and dispensing narcotic & controlled drugs to CENTER patients, and maintain proper documentation of drug count and accountability.

5.2 The pharmacist / assistant pharmacist in-charge: is responsible for

5.2.1 Dispensing narcotics to clinic as per legitimate prescription.

5.2.2 Checking the prescription order and making sure that all the information is complete, consumed amount in the ampoule is indicated, and the remaining balance is properly discarded, documented, signed and stamped.

5.2.3 Monthly checking the expiration date of the narcotic and controlled drugs in the pharmacy.

5.2.4 Preparing a monthly statistics of the consumed drugs.

5.3 Nurse in-charge: is responsible for

5.3.1 Checking the expiration date of narcotic and controlled drugs before administering the drug to the patient.

5.3.2 Maintaining proper documentation of the Narcotic and Controlled Drugs.

5.4 Most Responsible Physician: is responsible for

5.4.1 Witnessing the discarding of the unused portion of the diluted drug.

5.4.2 Properly filling, signing and stamping of the narcotic prescription form.

5- المسئوليات:

1.5 **الصيدلية:** هي المسئولة عن استلام، تخزين وصرف العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة لمرضى المركز، والمحافظة على الوثائق الصحيحة من كميات ومسئولية الأدوية.

2.5 **الصيدلي/ مساعد الصيدلي المسئول:** هو المسئول عن

1.2.5 صرف الأدوية المخدرة للعيادات بناءً على وصفة طبية شرعية.

2.2.5 التحقق من الوصفة الطبية، والتأكد من أن جميع المعلومات كاملة، وأنه أشير إلى الكمية المستهلكة من الأمبولة، وأنه تم التخلص من الرصيد المتبقي، وتوثيقه، والتوقيع على الوصفة وختمها بشكل صحيح.

3.2.5 فحص تاريخ انتهاء الصلاحية للمواد المخدرة والخاضعة للرقابة في الصيدلية شهرياً.

4.2.5 إعداد إحصائيات شهرية للأدوية المستهلكة.

3.5 **الممرضة المسئولة:** هي المسئولة عن

1.3.5 مراجعة تاريخ صلاحية المواد المخدرة والخاضعة للرقابة قبل المباشرة في إعطاءها للمريض.

2.3.5 المحافظة على التوثيق الصحيح للأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة.

4.5 **الطبيب المسئول:** هو المسئول عن

1.4.5 يشهد التخلص من الجزء غير المستخدم من الدواء المخفف.

5.4.2 الملء، التوقيع والختم على الوصفة الطبية المخدرة بشكل صحيح.

6- FORMS: **6- النماذج:**

6.1 – Controlled Drug Prescription Form. **1.6**- نموذج وصفة الأدوية الخاضعة للرقابة (المقيدة).

- Discard Medication Form. - نموذج إتلاف المتبقي وقت الإعطاء.

- Narcotic Drugs Log Book. - سجل صرف الأدوية المخدرة.

- Occurrence Variance Report (OVR). - نموذج إبلاغ عن حادث.

7 - REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CBAHI Resource Manual 7.1 دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards 7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Identifying & Handling Expired Medications** **التعرف والتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية**	**Page 1 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-004EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-004EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To have a system for identifying and handling expired and near-expired medications.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Expiry Date:** Refers to the date (month and year) indicated by the drug manufacturer on the medication/drug package at the end of which the efficacy of the drug will no longer be valid.

2.2 **Expired Medications:** Refers to medications/drugs, which the efficacy of their use has elapsed at the end of the month and year as indicated by the drug manufacturers.

2.3 **Shelf Life:** It is the time over which the product retains specified properties, when tested at normal conditions, as printed on the product label by the manufacturer.

2.4 **Near-expired Medications:** Refers to a medication, which the efficacy of its use is about to elapse within 3 months from their shelf life.

3- POLICY:

3.1 The Pharmacy Department has an effective and consistent policy & system for handling expired and near-expired medications, which is consistent with the guidelines for the MOH and as required by CBAHI.

3.2 Drug manufacturers assign the expiration date as per recognized guidelines, if the expiration date of a product is expressed only in month and year, it will be taken to mean that the product is to be used until the last day of the given month for that year.

3.3 All areas of the pharmacy will have their entire inventory checked for shelf life, validity on a monthly basis.

1- الغرض:

1.1 أن يكون هناك نظام لتحديد والتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية وقرب منتهية الصلاحية.

2- التعريفات:

1.2 تاريخ انتهاء الصلاحية: يشير إلى التاريخ (الشهر والسنة) المحدد على علب الأدوية من قبل الشركة المصنعة للدواء والذي في نهايته لن يكون الدواء ساري المفعول.

2.2 الأدوية منتهية الصلاحية: يشير إلى الأدوية التي قد انتهت صلاحيتها في نهاية الشهر والسنة كما هو مبين من قبل شركات تصنيع العقاقير.

3.2 **فترة الصلاحية على الرف:** وهذه هي الفترة التي يحتفظ فيها المنتج بخصائص محددة، عند اختبارها في الظروف العادية، كما هو مطبوع على ملصقة المنتج من قبل الشركة المصنعة.

4.2**الأدوية التي اقترب انتهاء صلاحيتها:** يشير إلى دواء، والذي أوشكت فاعليته على الانتهاء في غضون 3 أشهر من العمر الافتراضي له.

3- السياسات:

1.3 الصيدلية لديها سياسة فعالة ومنسقة ونظام للتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية وقرب منتهية الصلاحية، بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية لوزارة الصحة، وكما هو مطلوب من قبل المجلس المركزي.

2.3 الشركات المصنعة للأدوية تعين تاريخ انتهاء الصلاحية وفقاً للمبادئ التوجيهية المعترف بها، وإذا كان يتم التعبير عن تاريخ انتهاء الصلاحية للمنتج بالشهر والسنة فقط، فسوف يؤخذ ذلك على أن هذا المنتج يتم استخدامه حتى آخر يوم من الشهر في هذا العام.

3.3 جميع مناطق الصيدلية سيتم التأكد من صلاحية مخزونها الكامل من الأدوية وصحتها بصورة شهرية.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Identifying & Handling Expired Medications** **التعرف والتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية**	**Page 2 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-004EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-004EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.4 No expired medication shall be present in the pharmacy and patient care areas of the center.

3.5 All medications stocked on patient care areas are checked by nursing personnel and verified by a pharmacist/assistant pharmacist on monthly basis.

3.6 It is the responsibility of the pharmacist/assistant pharmacist and nurse to maintain the allowed stock in each nursing unit as per approved sheet posted in each unit.

4.3 ينبغي ألا يوجد أي دواء منتهي الصلاحية في الصيدلية ومناطق العناية بالمرضى بالمركز.

5.3 يتم فحص جميع الادوية المخزنة في مناطق العناية بالمرضى من قبل العاملين في التمريض والتحقق منها من قبل الصيدلي/ مساعد الصيدلي كل شهر.

6.3 يقع على عاتق كل من الصيدلي/ مساعد الصيدلي والممرضة الحفاظ على الأدوية المخزنة المسموح بها في كل وحدة تمريض, وفقاً للمخزون (الرصيد) الموافق عليه في الورقة المعلقة في كل وحدة.

4- <u>PROCEDURES</u>:

4.1 The dispensing pharmacist/assistant pharmacist checks the validity and the expiration date of the product through the course of patient treatment.

4.2 Every product dispensed by the pharmacy shall carry an expiration date.

4.3 Drug label should carry the medication's expiry date.

4.4 The pharmacy has to keep the medications that will expire in the next 30 days in a designated shelf for nearly expired medications to be labeled properly during dispensing.

4.5 Medications that are going to be expired within 3 months shall be marked in all areas of PHC center.

4.6 Monthly inspections are regularly conducted in all pharmacy facilities and a monthly inventory carried out for each nursing unit and clinic.

4.7 Medications stocked on patient care areas are checked by nursing personnel, and verified by a pharmacist/assistant pharmacist on a monthly basis.

4.8 If there are medications found to be near the expiry date (within one month), the nurse must check with the pharmacy if there is a new expiry date before returning the drugs to the pharmacist. If the item is urgently needed and there is no replacement stock in the pharmacy and warehouse, then this drug can be used it until the last day of expiry.

4- <u>الإجراءات</u>:

1.4 ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي الذي يقوم بصرف الدواء التحقق من الصلاحية وتاريخ انتهاء الصلاحية للمنتج من خلال مسار العلاج للمرضى.

2.4 ينبغي أن يحمل كل منتج يصرف من قبل الصيدلية على تاريخ انتهاء الصلاحية.

3.4 يزود ملصق الدواء بتاريخ انتهاء الصلاحية.

4.4 يجب أن تحتفظ الصيدلية بالأدوية التي ستنتهي صلاحيتها خلال 30 يوماً في الرف المخصص للأدوية التي أوشكت صلاحيتها على الانتهاء ليكون الملصق مبين عليه بشكل صحيح خلال الصرف.

5.4 ينبغي أن يتم تعليم الأدوية التي ستنتهي صلاحيتها في غضون 3 أشهر في جميع مناطق المركز الصحي.

6.4 وتجرى بانتظام عمليات تفتيش شهرياً في جميع مرافق الصيدلية وتنفيذ جرد شهري لكل وحدة تمريض وعيادة.

7.4 يتم مراجعة الأدوية المخزنة في مناطق العناية بالمريض من قبل العاملين في التمريض، ويقوم الصيدلي/ مساعد الصيدلي بالتحقق منها شهرياً.

8.4 في حالة وجود أدوية أوشكت على الانتهاء (خلال شهر واحد)، ينبغي على الممرضة أن تتأكد من الصيدلية ما إذا كان هناك تاريخ انتهاء جديد قبل إعادة الأدوية إلى الصيدلية. إذا كان هناك حاجة ملحة لهذا البند وليس هناك بديل في مخزن الصيدلية أو المستودعات، يمكن استخدام هذا الدواء حتى آخر يوم من انتهاء الصلاحية.

9.4 في حالة وجود دواء منتهي الصلاحية يجب على الصيدلي/ مساعد

4.9 In case of presence of expired medication, the pharmacist/assistant pharmacist should make the proper documentation and dispose of the expired medication in a yellow bag (bag for disposal of hazardous material). This bag should be labeled with the name of the medication, expiry date, and quantity of the expired medication.

4.10 The messenger will collect the yellow bags from all pharmacy areas and send it to a distinctly isolated area away from the usable stock where a special company would take care of the disposal of the medications.

4.11 In case of expired drugs within the store, the pharmacy department will form a committee that will decide on proper disposal of the expired medications. The committee includes the following members:

4.11.1 The director of the center

4.11.2 medical director

4.11.3 Quality Coordinator

4.11.4 Head of pharmacy or designee

4.11.5Pharmacy staff member.

4.12If the quantity to be disposed of is large, analysis is done to find out why this/these drugs were expired in large quantities (change in recent trends, etc.), and appropriate action will be taken.

4.13Action to be taken on disposal of the expired medications must be based on the decision of the committee e.g. crushing of ampoules and tablets before incineration.

4.14All pertinent documents related to the findings of the committee on expired medications must be kept in a private file and strictly confidential place, which include the signature of all committee members, and a copy of the final approval of the director of the health care center.

الصيدلي أن يقوم بعمل الوثائق الصحيحة والتخلص من الأدوية منتهية الصلاحية في كيس اصفر (كيس للتخلص من المواد الخطرة). وينبغي أن يعلم هذا الكيس باسم الدواء، وتاريخ انتهاء الصلاحية، وكمية الدواء المنتهي الصلاحية.

10.4 سوف يقوم عامل النظافة بجمع هذه الأكياس الصفراء من جميع مناطق الصيدلية وإرسالها إلى منطقة معزولة بعيداً عن الأدوية القابلة للاستخدام حيث تقوم شركة خاصة بالتعامل مع هذه الأدوية والتخلص منها.

11.4 في حال وجود أدوية منتهية الصلاحية داخل المستودع، تقوم الصيدلية بتشكيل لجنة من شأنها اتخاذ قرار بشأن التخلص السليم من الأدوية منتهية الصلاحية وتضم اللجنة الأعضاء التالية أسماؤهم:

4.11.1- مدير المركز

– 4.11.2 المسؤول الفني

– 4.11.3 منسق الجودة

– 4.11.4 رئيس الصيدلية أو من ينوب عنه

– 4.11.5 مسؤول عهدة أدوية الصيدلية

مسؤول مستودع الصيدلية

12.4 إذا كانت الكمية التي سيتم التخلص منها كبيرة، سيتم التأكد من معرفة لماذا تم انتهاء صلاحية هذه الأدوية بكميات كبيرة (تغيير في الاتجاهات الحالية، وغيرها)، واتخاذ الإجراءات المناسبة.

13.4 يجب أن تستند التدابير الواجب اتخاذها في التخلص من الأدوية منتهية الصلاحية على قرار اللجنة مثل سحق الأمبولات والأقراص قبل الحرق.

14.4 يجب أن تبقى كل الوثائق ذات الصلة فيما يتعلق بنتائج لجنة الأدوية منتهية الصلاحية في ملف خاص وسري للغاية، والتي تشمل توقيع جميع أعضاء اللجنة، ونسخة من الموافقة النهائية من مدير المركز الصحي.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The Nurse: is responsible to

5.1.1 Maintain the allowed stock in each clinic as per approved sheet posted in each clinic, since it is not allowed to dispense medications except from the Health Center Pharmacy, nor it is allowed to keep them in the clinics except for the CPR box or CPR trolley.

5.1.2 Check stock medications on patient care areas for proper storage and expiry date.

5.2 The pharmacist/assistant pharmacist: is responsible to

5.2.1 Check the validity and the expiration date of drugs through the course of patient treatment.

5.2.2 Make the proper documentation and dispose of expired medications.

5.3 The House Keeper: is responsible to collect the yellow bags containing expired medications and send it to a distinctly isolated area for disposal.

5- المسئوليات:

1.5 الممرضة: هي مسئولة عن:

1.1.5 المحافظة على المخزون المسموح به في (غرفة الطوارئ وعربة الطوارئ) كما هو موافق عليه في الورقة المعلقة في كل عيادة، إذ أنه لا يسمح بصرف الدواء إلا من خلال صيدلية المركز الصحي، ولا يسمح بتواجده في العيادات إلا ما يخص صندوق الطوارئ وعربة الطوارئ فقط.

2.1.5 التحقق من أن مخزون الأدوية تحت تخزين سليم وتاريخ انتهاء الصلاحية في مناطق العناية الصحية بالمرضى.

2.5 الصيدلي/ مساعد الصيدلي: هو المسئول عن:

1.2.5 التحقق من صلاحية وتاريخ انتهاء الصلاحية للأدوية من خلال مسار العلاج للمرضى.

2.2.5 التوثيق الصحيح والتخلص من الأدوية منتهية الصلاحية.

5.3 عامل النظافة: هو المسئول عن جمع الأكياس الصفراء التي تحتوي على الأدوية منتهية الصلاحية وإرسالها إلى منطقة معزولة للتخلص منها.

6- FORMS:

6.1 – Monthly Inventory Form.

6.2 – Committee for Destruction of Expired Medications Report Form.

6- النماذج:

1,6 - نموذج الجرد الشهري.

2,6 - نموذج محضر لجنة التخلص من الأدوية منتهية الصلاحية.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Identifying & Handling Expired Medications** **التعرف والتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية**	**Page 5 of 5**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-004EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-004EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

7 – REFERRANCES:

7.1 - CBAHI Resource Manual.
7.2 – PHC Quality Management Manual – Primary Health Care Centers Directorate – MOH– 2nd Edition 1426 H (2005).
7.3 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

7- (المراجع):

1,7- دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.
2,7- دليل الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية- الإدارة العامة للمراكز الصحية وزارة الصحة- الطبعة الثانية-1426هـ -2005م.
3.7 - سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Multi-Dose Vials/Containers Stability Guidelines

*

Generic Name	Concentration & Strength	Stability After Opening / Reconstitution	Required Storage Condition After Opening
Parenteral Solutions* and Irrigation (with or without additives)	---	24 hrs. after opening	At room temp.
All types of Insulin Vials	Any	30 days after opening	Refrigerate
Heparin Sodium	5,000 Units/ ml	30 days after opening	At room temp.
Ketamine	200mg/ 20ml	30 days after opening	At room temp.
Lidocaine Hcl vial	1% or 2%	3 days after opening	At room temp.
Sodium Bicarbonate	8.4%	24 hrs. after opening	At room temp.
Vasopressin	20 units	30 days after opening	At room temp.
Methyl-prednisolone vial	500 mg and 40 mg	2 days after opening	At room temp.
Hydrocortisone vial	100 mg	3 days after opening	At room temp.
Ophthalmic preparations	Drops, Ointments, Creams	use within 30 days	At room temp.
Ear & nasal drops	---	Manufacturer expiry date	At room temp.
Topical Preparations	Oints., Creams, Lotions	Manufacturer expiry date	At room temp.
Silver Sulphadiazine	1.00%	7 days after opening	At room temp.
Oral Inhalers / Drops / liquids	---	Manufacturer expiry date	At room temp.
Oral Reconstituted Powder	---	Pharmacy has to provide label for storage & stability	---
Salbutamol Inhalation Solution	5mg/ ml	30 days after opening	At room temp.
Lidocaine Hcl 2% Gel	2%	30 days after opening	At room temp.

Parenteral Solutions include: Normal Saline, Dextrose, Ringer lactate, etc.

At room temperature - (from 15-25 °c)
Refrigerate - keep in refrigerator at 2-8 °c

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Quality Improvement In Pharmacy Services** **تحسين الجودة في الخدمات الصيدلية**	**Page 1 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-008EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-008EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- **PURPOSE :**

1.1 To outline the leading drivers of Quality Improvement for Pharmacy Services and their implications to pharmacy practice, and also how medications play a role and ultimately how the pharmacists play a role in quality improvement efforts.

2- **DEFINITIONS:**

2.1 N/A

3- **POLICY:**

3.1 The Pharmacy Department in primary care health centers, has an effective and consistent policy on the proper identification, planning, implementation, and advancement of Quality Improvement Services, according to the rules and regulations of the MOH and the CBAHI Standards.

4- **PROCEDURES:**

4.1 Principles of Quality Improvement:

4.1.1 Define quality control, quality assurance, quality improvement and other words related to the process.

4.1.2 List principles of problem identification (includes brainstorming/flowcharting).

4.1.3 Describe how to establish a plan for quality.

4.2 Building the Plan for Quality:

4.2.1 Simulated team discussion to evaluate a current dispensing process.

4.2.2 Identify opportunities for improvement.

4.3 The Need for Quality Improvement in Pharmacy Services:

4.3.1 Discuss how often dispensing errors occur.

4.3.2 Describe why dispensing errors occur.

4.3.3 Discuss the impact of errors on public perception and regulation.

1- **الغرض:**

1.1 لتحديد المكونات الرئيسية لتحسين الجودة بالخدمات الصيدلانية وتأثيرها على ممارسة مهنة الصيدلة, وأيضاً كيف تلعب الأدوية دوراً وكذلك الصيدلي في جهود تحسين وتطوير الجودة.

2- **التعريفات:**

1.2 غير متوفرة

3- **السياسات:**

3.1 قسم الصيدلية بالمراكز الصحية الأولية لديه سياسة فعالة وثابتة في تعريف، وتخطيط، وتطبيق، وتطوير خدمات تحسين الجودة، بما يتماشى مع قوانين ونظم وزارة الصحة ومعايير اللجنة المركزية لاعتماد المنشآت.

4- **الإجراءات:**

4.1 مبادئ تحسين الجودة:

4.1.1 عرف ضبط الجودة، سلامة الجودة، تحسين الجودة، وكل المصطلحات المتعلقة بعملية الجودة.

4.1.2 ضع قائمة بمبادئ تعيين المشكلة (الأفكار العابرة المفاجئة/خارطة انسياب العمل).

4.1.3 صف كيف تأسس خطة للجودة.

4.2 بناء **الخطة للجودة:**

4.2.1 محاكاة نقاش الفريق لتقييم عملية صرف الأدوية *الحالية*.

4.2.2 تعريف فرص تحسين الجودة.

4.3 الحاجة **إلى تحسين الجودة في الخدمات الصيدلانية:**

4.3.1 **مناقشة** مدى حدوث الأخطاء أثناء صرف الأدوية.

4.3.2 **وصف** لماذا تحدث الأخطاء أثناء الصرف.

4.3.3 مناقشة أثر الأخطاء على مستوى الإدراك العام للناس وعلى مستوى القوانين.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Quality Improvement In Pharmacy Services** **تحسين الجودة في الخدمات الصيدلية**	**Page 2 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-008EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-008EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.4 <u>Implementing a Quality Improvement Program</u>:

4.4.1 Discusses methods for documenting errors.
4.4.2 Communicating with patients regarding errors.
4.4.3 Dealing with personnel involved in an error.

4.5 <u>Documenting Quality-Related Events</u>:

4.5.1 Discuss the keys to documentation of quality-related events.
4.5.2 Discuss the issue of discovery of documentation.

4.6 <u>Basic Guidelines for Preventing Medication Errors</u>:

4.6.1 Discuss the typical causes of medication errors.
4.6.2 Describe actions to prevent medication errors.

4.7 <u>Tools of Quality Improvement</u>:

4.7.1 Self-assessment form for pharmacy quality improvement program.
4.7.2 Medication error risk-assessment tools.
4.7.3 Error reporting programs.
4.7.4 Sample performance indicators.
4.7.5 Sample error tracking forms and reports.
4.7.6 Sample Plan for Quality.
4.7.7 List of readings about quality improvement / error reduction.
4.7.8 Other Healthcare Quality web-links.

4.4 تطبيق <u>**برنامج تحسين الجودة:**</u>

4.4.1 مناقشة الطرق الخاصة بتوثيق الأخطاء.

4.4.2 التواصل مع المرضى فيما يخص الأخطاء.

4.4.3 التعامل مع الموظفين المتورطين في حدوث الأخطاء.

4.5 <u>توثيق الأحداث المتعلقة بالجودة:</u>

4.5.1 مناقشة المفاتيح الخاصة بتوثيق الأحداث المتعلقة بالجودة.

4.5.2 مناقشة المواضيع الخاصة باكتشاف التوثيق.

4.6 <u>إرشادات أساسية لمنع الأخطاء الدوائية:</u>

4.6.1 مناقشة الأسباب النموذجية لحدوث الأخطاء الدوائية.

4.6.2 وصف ما تم اتخاذه لمنع الأخطاء الدوائية.

4.7 <u>أدوات تحسين الجودة بالخدمات الصيدلانية:</u>
4.7.1 نموذج التقييم الذاتي لبرنامج تحسين الجودة بالصيدلية.
4.7.2 أدوات تقدير الأخطار الناتجة عن الأخطاء الدوائية.
4.7.3 برنامج التبليغ عن الأخطاء
4.7.4 عينة لمؤشرات الأداء.
4.7.5 عينة لنموذج متابعة الأخطاء والتقارير الخاصة بها.
4.7.6 عينة من الخطة الخاصة بالجودة.
4.7.7 قائمة من القراءات والتفسيرات الخاصة بتحسين الجودة / تقليل الأخطاء.
4.7.8 أي ارتباطات أخرى بمواقع الشبكة خاصة بالجودة في الرعاية الصحية الأولية.

5- <u>RESPONSIBILITIES:</u>

5.1 The pharmacy employees: are responsible for carrying out the plan quality improvement program for the Pharmacy Department.

5- <u>المسئوليات:</u>

5.1 **موظفي الصيدلية:** مسئولون عن تنفيذ خطة برنامج تحسين الجودة بقسم الصيدلية.

5.2 مدير **الصيدلية:** مسئول عن الأشراف العام على تطبيق برنامج تحسين الجودة بقسم الصيدلية.

5.2 The pharmacy director: is responsible for overseeing the implementation of the quality improvement program for the Pharmacy Department.

6- FORMS:

6.1 N/A

6- النماذج:

6.1 لا يوجد.

7 – REFERRANCES:

7.1 - CBAHI Resource Manual.

7.2 - Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards.

7 - المراجع:

1,7- دليل مرجع اللجنة المركزيه لاعتماد المنشئات الصحية.

2.7 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية .

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Continuing Education of Pharmacy Staff** **التعليم المستمر لموظفي الصيدلية**	**Page 1 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-002EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-002EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To improve educational level of pharmacists and technicians that lead to improve pharmaceutical care given to patients.

1- الغرض:

1.1لتحسين المستوى التعليمي للصيادلة الذي يؤدي إلى تحسين الرعاية الصيدلانية التي تعطى للمرضى.

2- DEFINITIONS:

2.1 N/A

2- التعريفات:

لا يوجد

3- POLICY:

3.1 All pharmacists should get 60 CME hours every three years according to SCHS.

3.2 All pharmacists are allowed seven days of educational leave annually.

3.3 All Assistant pharmacists should get 30 CME hours every three years according to SCHS.

3.4 All Assistant pharmacists are allowed seven days of educational leave annually.

3.5 All CME hours awarded should follow SCHS system.

3- السياسات:

3.1 ينبغي أن يحصل جميع الصيادلة على 60 ساعة من التعليم الطبي المستمر كل ثلاث سنوات وفقاً إلى متطلبات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

3.2 جميع الصيادلة يسمح لهم بسبعة أيام إجازة تعليمية سنوياً.

3.3 ينبغي أن يحصل جميع مساعدي الصيادلة على 30ساعة من التعليم الطبي المستمر مرة كل ثلاث سنوات وفقاً إلى متطلبات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

3.4 جميع مساعدي الصيادلة يسمح لهم بسبعة أيام إجازة تعليمية سنوياً.

3.5 ينبغي أن تتبع كل ساعات التعليم الطبي المستمر نظام الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

4- PROCEDURES

4.1 The CME hours for pharmacists account as follows:

4.1.1 All CME hours from attending symposiums and conferences should not be less than 60 hours per three years.

4.1.2 Total of CME hours from giving lectures in symposium and conferences should not exceed 30 hours per three years.

4.2 The CME hours for assistant pharmacists account as follows:

4- الإجراءات:

4.1 يتم حساب ساعات التعليم الطبي المستمر للصيادلة على النحو التالي:

4.1.1 لا ينبغي أن تقل جميع ساعات التعليم الطبي المستمر من حضور ندوات ومؤتمرات عن 60 ساعة في ثلاث سنوات.

2.4.1 لا ينبغي أن يزيد مجموع ساعات التعليم الطبي المستمر من إعطاء محاضرات في ندوات ومؤتمرات عن 30ساعة في ثلاث سنوات.

4.2 يتم حساب ساعات التعليم الطبي المستمر لمساعدي الصيادلة على النحو التالي:

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Continuing Education of Pharmacy Staff** **التعليم المستمر لموظفي الصيدلية**	**Page 2 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-002EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-002EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.2.1 All CME hours from attending symposiums and conferences should not be less than 30 hours per three years.

4.2.2 CME from attending local pharmacy lectures or reading articles or papers should not exceed 30 hours per three years.

4.3 Pharmacist or assistant pharmacist who would like to attend a symposium or conference, the following policy will be applied as following:

a) The pharmacist/Assist. Pharmacist should be registered with Saudi Council for Health Spec.

b) The educational event should be accredited by SCHS.

c) The pharmacist/Assist. Pharmacist should submit Educational Leave (EL) Form at least three months before the events.

d) The pharmacist/Assist. Pharmacist should not exceed EL limit per each year.

e) CME hours should not exceed maximum hours per each educational type.

f) Approval of supervisor and CME coordinator.

g) The pharmacist/Assistant Pharmacist must have at least good evaluation.

h) The pharmacist / assistant pharmacist should bring the attendance certificate to CME coordinator.

i) It is preferable to submit general report about the event and give a summary about the activity.

4.2.1 لا ينبغي أن تقل جميع ساعات التعليم الطبي المستمر من حضور ندوات ومؤتمرات عن 30 ساعة في ثلاث سنوات.

4.2.2 لا ينبغي أن يزيد مجموع ساعات التعليم الطبي المستمر من إعطاء محاضرات في ندوات ومؤتمرات عن30 ساعة في ثلاث سنوات.

4.3 الصيادلة أو مساعدي الصيادلة الذين يرغبون في حضور ندوة أو مؤتمر، سيتم تطبيق السياسة التالية عليهم كالتالي:

أ) ينبغي أن على الصيدلي/ مساعد الصيدلي أن يكون مسجلاً بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

ب) ينبغي أن يكون الحدث التعليمي معتمداً من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (SCHS).

ج) ينبغي للصيدلي/ مساعد الصيدلي التقديم للإجازة التعليمية قبل الحدث على الأقل بثلاثة أشهر.

د) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي ألا يتجاوز الحد المسموح به كل عام.

ه) ينبغي ألا يتم تجاوز ساعات التعليم الطبي المستمر كحد أقصى في كل نوع من أنواع التعليم.

و) موافقة المشرف ومنسق التعليم الطبي المستمر.

ز) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي أن يكون حاصلاً على تقيم جيد على الأقل.

ح) ينبغي على الصيدلي/ مساعد الصيدلي تقديم شهادة حضور إلى منسق التعليم الطبي المستمر.

ط) يفضل أن يسلم تقرير عام حول الحدث ويقدم ملخص عن النشاط..

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Continuing Education of Pharmacy Staff** **التعليم المستمر لموظفي الصيدلية**	**Page 3 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-002EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-002EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5- RESPONSIBILITIES: **5- المسئوليات:**

5.1 **1.5**

6- FORMS: **6- النماذج:**

6.1 N/A **1.6** لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 Saudi Commission of Health Specialist (SCHS).

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

مؤشرات الجودة لخدمات الصيدلية بالمركز الصحي
Quality Indicators in the pharmacy Services

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة تحسين التعامل مع الادوية عالية الخطورة (الهدف الثالث) /شهر Percentage / month	
يبين المؤشر نسبة اكتمال تطبيق سياسة الادوية عالية الخطورة خلال الشهر. . The indicator determines percentage of c / month	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات Process indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
المرور اليومي لمراقبة مدى تطبيق سياسة التعامل مع الاصناف عالية الخطورة و مدى تطبيق العلامة التحذيرية الحمراء على الاصناف في الصيدلية والطوارئ.	**كيفية قياس المؤشر** **How to measure the indicator**
رئيس الصيدلية	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
شهرياً Monthly	**تكرارية القياس** **Frequency**
العلامة التحذيرية الحمراء + التخزين	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم رئيس الصيدلية بالمركز بفحص مدى تطبيق سياسات التعامل مع الادوية الخطرة لجميع أصناف عالية الخطورة في الصيدلي بشكل يومي.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
عدد الأصناف المطبق عليها العلامة التحذيرية الحمراء والتخزين حسب سياسة تخزين الادوية عالية الخطورة. / جميع اصناف الادوية عالية الخطورة × 100	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة إدارة الدواء Medication management committee	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة إدارة الدواء- مشرف الجودة Chairman of Medication management committee - Quality Supervisor	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
دليل سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للرعاية الصحية الأولية السعودية في المملكة العربية ال سعودية1434هـ. Manual of national PHC standards policies and procedures 1434H.	**المراجع** **References**

مؤشرات الجودة لخدمات الصيدلية بالمركز الصحي
Quality Indicators in the pharmacy Services

Quality indicator مؤشر الجودة	
نسبة اكتمال التوثيق بالوصفات الطبية /شهر Percentage of completion of the prescription documentation / month	
يبين المؤشر نسبة اكتمال التوثيق بالوصفات الطبية خلال الشهر. . The indicator determines percentage of completion of the prescription documentation / month	**تعريف المؤشر** **Indicator's definition**
مؤشرات العمليات Process indicators	**نوع المؤشر** **Indicator's type**
	كيفية قياس المؤشر **How to measure the indicator**
المشرف الفني The technical supervisor	**المسئول عن القياس** **Responsible person for measuring**
شهرياً Monthly	**تكرارية القياس** **Frequency**
الوصفة الطبية Prescription paper	**مصدر بيانات المؤشر** **Source of data collection**
يقوم المشرف الفني بالمركز نهاية كل شهر بتحديد النسبة المئوية للاكتمال الوصفات التي تم صرفها من الصيدلية بأخذ عينة عشوائية وتحديد عدد الوصفات المكتملة حسب المعايير من الوصفات بالعينة. At the end of the Hijri month, The Medical director will collect a random sample(from the prescription)to check the Percentage of completion of the prescription documentation according to standards.	**كيفية تجميع البيانات** **How to collect data**
$\frac{\text{عدد الوصفات الطبية المكتملة خلال الشهر بالعينة العشوائية}}{\text{العدد الكلي للوصفات الطبية خلال الشهر}} \times 100$ $\frac{\text{No. of prescription who had completed from the random sample per month}}{\text{No. of prescription in the random sample}} \times 100$	**المعادلة الحسابية** **Formula**
%100	**المستهدف** **The Target**
لجنة إدارة الدواء Medication management committee	**اللجنة أو الشخص المسئول** **Responsible Committee or person**
رئيس لجنة إدارة الدواء- مشرف الجودة Chairman of Medication management committee - Quality Supervisor	**To whom reporting** **المسئول الذي يتم إبلاغه**
دليل سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للرعاية الصحية الأولية السعودية في المملكة العربية ال سعودية1434هـ. Manual of national PHC standards policies and procedures 1434H.	**المراجع** **References**

Department: PH	Title: Pharmacist صيدلي	Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PH-JD-002EA(2)

1. **Section or Unit**: Medical Services

2. **Position Title**: Pharmacist

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Pharmacy Director
3.2 Responsible for: NA

4. **Job Summary**:
4.1 Supports as a professional pharmacist and participates in the formulation, reviewing & updating of policies and procedures and provision of quality pharmaceutical care services.

5. **Job Responsibilities**:

5.1 Reviews prescription orders for appropriateness of dosage, route, interval, schedule, and duration of medications prescribed, intervening appropriately by direct communication with physician.

5.2 Compounds and dispenses of prescriptions while identifying drug- drug interactions and communicates with health care practitioners for therapeutic alternatives.

5.3 Participates in monthly inspection & removal of expired medications making sure that it is not released for use.

5.4 Provides drug education and counsels patients on appropriate drug usage and storage.

5.5 Performs inspection of medication storage areas, discusses problems with the appropriate staff and recommends solutions.

5.6 Implements drug safety programs, documents & reports to his/her supervisor all related cases for further analysis, recommendation & action plan.

5.7 Utilizes the computer system (if applicable), to effectively process and dispense Physician's Orders.

5.8 Participates in stock control programs (inventory & monitoring usage) as required.

5.9 Works with other pharmacists, utilizing team approach concepts.

5.10 Attends Pharmaceutical Department's continuing education programs.

1- **الوحدة:** الخدمات الطبية

2- **مسمى الوظيفة:** صيدلي

3- **العلاقة التنظيمية:**

1.3 مسئول أمام: مدير الصيدلية
2.3 مسئول عن: لا يوجد

4- **ملخص الوظيفة:**
1.4 يدعم ويشارك في مراجعة وتحديث وتنفيذ السياسات والإجراءات واللوائح وتوفير خدمات صيدلانية ذات جودة عالية.

5- **مسئوليات الوظيفة:**
1.5 مراجعة الوصفة طبية للتأكد من ملائمة الدواء، والطريق، والفاصل الزمني، والجدول الزمني، ومدة الأدوية الموصوفة، والتدخل بشكل مناسب عن طريق الاتصال المباشر مع الطبيب.

5.2 تحضير وصرف الوصفات الطبية مع تحديد التفاعل الدوائي والتواصل مع العاملين في الرعاية الصحية لتحديد بدائل علاجية.

5.3 يشارك في التفتيش شهرياً والتخلص من الأدوية منتهية الصلاحية والتأكد من عدم استخدام هذه الأدوية.

4،5 يوفر التعليم الدوائي وينصح المرضى على استخدام الدواء المناسب وتخزينه.

5.5 التفتيش على مناطق تخزين الدواء، ومناقشة المشاكل مع الموظفين المناسبين، والتوصية بالحلول.

5.6 تنفيذ برامج السلامة الدوائية، وتوثيق والتبليغ عن جميع الحالات ذات الصلة للمشرف عليه لإجراء التحليل اللازمة، ووضع التوصية واتخاذ المزيد من الإجراءات.

5.7 يستخدم نظام الكمبيوتر (إن وجد)، لصرف أوامر الطبيب.

5.8 يشارك في برامج مراقبة المخزون (الجرد ومراقبة استخدام) على النحو المطلوب.

5.9 يعمل مع الصيادلة الآخرين، وذلك باستخدام مفاهيم نهج الفريق.

5.10 يحضر البرامج الصيدلانية الخاصة بالتعليم المستمر.

5.11 يقدم عروضا تثقيفية لموظفي قسم الصيدلية والطلاب والمتخصصين في الرعاية الصحية الأخرى.

Department: PH	Title: Pharmacist صيدلي	Page 2 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PH-JD-002EA(2)

5.11 Provides educational presentations to Pharmaceutical Department Staff, students and other healthcare professionals.

5.12 Performs other assignments as assigned by the Pharmacy director.

5.13 Identifies patient's and family's needs for education then provide the patient and/or his/ her family with the necessary information regarding the medications.

5.14 Respects the patient rights according to the center policy and inform him/ her about their responsibilities when needed.

5.15 Participates in all quality management activities within his/her department.

5.16 Be aware of standard precautions for infection control and implement the IC guidelines in his/ her day to day activities.

5.17 Signs Confidentiality Agreement and adheres to confidentiality of the information pertinent to the patients and their family, the institution and the hospital staff.

5.18 Acknowledges his/ her role in internal and external disaster plans and supervises his/her subordinates.

6. **Required Qualifications**:

6.1 Bachelor's Degree in Pharmacy.

6.2 Valid Basic Life Support (BLS) certification

7. **Minimum Skills**:

7.1 Fluent in Arabic and English language.

7.2 Computer skill proficiency level.

8. ***Professional Experience:***

8.*1* At least three (3) years of recent experience is required.

12،5 يؤدي مهام أخرى يكلفه بها مدير الصيدلية.

5.13 يحدد احتياجات المريض والأسرة من أجل توفير التعليم ثم يزود المريض و / أو عائلته بما يلزم من معلومات حول الأدوية.

5.14 يحترم حقوق المرضى وفقاً لسياسة المركز وإبلاغهم عن مسؤولياتهم عند الحاجة.

5.15 يشارك في جميع أنشطة إدارة الجودة داخل الصيدلية.

5.16 يكون على علم بالاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى وتنفيذ المبادئ التوجيهية.

5.17 التوقيع والالتزام بإقرار سرية المعلومات ذات الصلة بالمرضى وأسرهم، والمؤسسة وموظفي المركز.

5.18 يكون على علم بدوره في خطط الكوارث الداخلية والخارجية ويشرف على المرؤوسين.

6- المؤهلات المطلوبة:

1.6 درجة البكالوريوس في الصيدلة.

2.6 شهادة دعم الحياة الأساسية (BLS)

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

1.7 إجادة اللغة العربية واللغة الانكليزية.

2.7 إتقان مهارة استخدام الكمبيوتر

8- الخبرات المطلوبة:

1.8 ما لا يقل عن ثلاثة (3) سنوات من الخبرة الحاليه

Department: PH	Title: Pharmacist صيدلي	Page 3 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PH-JD-002EA(2)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature:	Supervisor Name & Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Pharmacy Patient Education** **تثقيف المرضى بالصيدلية**	**Page 1 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-006EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-006EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To describe the pharmacy education program for PHC center patients.

1- الغرض:

1.1 لوصف برنامج قسم الصيدلية لتثقيف مرضى المراكز الصحية الأولية.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Health Education:** Communicating the right information to a targeted group of patients to allow them to make decisions based on knowledge in the hope of changing untoward habits.

2- التعريفات:

1,2- **التثقيف الصحي**: هو عملية إيصال المعلومات الصحيحة للفئة المستهدفة لتمكينهم من اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة سعياً لتعديل السلوكيات الخاطئة.

3- POLICY:

3.1 The Pharmacy Department outlines a consistent policy regarding the education of patients on the proper use of medications and answering any queries that the patient might have, according to the Rules and Regulations of MOH and CBAHI Standards.

3.2 The patient or family is offered written drug counseling materials, which are available in easy and understandable language (Arabic & English).

3.3 The pharmacist/assistant pharmacist is ready to answer any queries the patient or family might have about their medications.

3- السياسات:

1.3 توضح الصيدلية الخطوط العريضة لسياسة ثابتة فيما يتعلق بتعليم وتثقيف المرضى على الاستخدام السليم للأدوية والإجابة على أية استفسارات لدى المريض، وفقاً لقوانين ولوائح وزارة الصحة ولمعايير المجلس المركزي.

2.3 تقدم مواد مكتوبة تثقيفية عن الأدوية للمريض أو العائلة، والتي تتوفر في لغة مفهومة وسهلة (العربية والإنجليزية).

3.3 الصيدلي/ مساعد الصيدلي على استعداد للرد على أي استفسارات للمريض أو الأسرة حول أدويتهم.

4- PROCEDURES:

4.1 The Pharmacy Department has a system developed for patient and family education before going home.

4.2 Patients and families are offered education for dispensed medications.

4.3 The patient is carefully instructed on the proper use of his/her medication (i.e. doses, frequency, side effects, etc.).

4.4 There is a private area for patient counseling.

4- الإجراءات:

1.4 وضعت الصيدلية نظام لتعليم وتثقيف المريض والعائلة عن الأدوية قبل الذهاب إلى المنزل.

2.4 يقدم للمرضى وعائلاتهم تثقيف بشأن الأدوية المصروفة.

1.3 يعلم المريض بدقة عن كيفية الاستخدام السليم لأدويته (الجرعات، التكرار، الآثار الجانبية، وغيرها).

4.4 هناك منطقة خاصة لتقديم المشورة للمرضى.

4.1 **Medications which should be taken on an empty stomach:**

(الأدوية التى ينبغى أن تؤخذ على معدة فارغة)

Alendronate	Bisacodyl	Loratidine	Penicillamine	Sulfamethoxazole + TMP
Ampicillin	Captopril	Methotrexate	Perindopril	Tetracycline (don't take with milk or other dairy products.
Amlodipine	Levothyroxine	Omeprazole	Sulfadiazine	

4.2 **Medications which should be taken with food:**

(الأدوية التى ينبغى أن تؤخذ مع الطعام)

Allopurinol	Carbamazepine	Glyburide (take with breakfast)	Itraconazole	Prednisolone
Amiodarone	Carvedilol	Griseofulvin	Mebendazole	Procainamide
Aspirin	Chloroquine	Hydroxy-chloroquine	Metronidazole	Spironolactone
Augmentin	Corticosteroids	Ibuprofen	Naproxin	Sulfasalazine
Baclofen	Diclofenac	Indomethacin	Nitrofurantoin	Valproic acid
Bromocriptine	Doxycycline	Iron	Pentoxifylline	

5- **RESPONSIBILITIES:**

5.1 **Pharmacy department:** is responsible for dispensing medications for patients who visit the center's clinics.

5.2 **The pharmacist / assistant pharmacist:** is responsible for offering verbal and/or written drug counseling materials, and answering any queries for the patient or family about their medications.

5- **المسئوليات:**

1.5 قسم ا لصيدلية :القسم هو المسئول عن صرف الأدوية للمرضى المراجعين لعيادات المركز.

2.5 الصيدلي/ مساعد الصيدلي: هو المسئول عن تعليم وتثقيف المرضى شفهياً أو بواسطة مواد مطبوعة والإجابة عن أي استفسارات للمريض أو عائلته حول أدويتهم.

Applied to: Pharmacy Staff **العاملين بالصيدلية**	**Title: Pharmacy Patient Education** **تثقيف المرضى بالصيدلية**	**Page 3 of 3**
Department: PH	**Policy Number: PH-IPP-006EA(2)**	**Replaces No.: PH-IPP-006EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

6- FORMS:

6.1 N/A

7- REFERRANCES:

7.1 CBAHI Resource Manual.

7.2 Policies & Procedures For PHC Accreditation Standards

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- (المراجع):

1,7- دليل مرجع اللجنة المركزية لاعتماد المنشئات الصحية.

7.2 سياسات وإجراءات معايير الاعتماد الوطنية للمراكز الصحية .

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: PH	Title: Pharmacy Technician فني صيدلي	Page 1 of 2
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PH-JD-003EA(2)

1. **Section or Unit**: **Medical Services**

2. **Position Title**: **Pharmacy Technician**

3. **Organizational Relationship**:
   3.1 Reports to: Pharmacy Director
   3.2 Responsible for: NA

4. **Job Summary**:
   4.1 Supports as a professional assistant-pharmacist and participates in the preparation and stocking of medications, monitoring of expiry dates and inventory control, and assists the pharmacist in the dispensing functions of medications, and provision of quality pharmaceutical care services.

5. **Job Responsibilities**:

5.1 Prepares medications for clinics orders, maintains appropriate record keeping.

5.2 Monitors expiry dates and maintains a clean working environment.

5.3 Stocks the working area with appropriate quantity of drugs and material needed.

5.4 Utilizes the computer system (if applicable), to effectively dispense physician's orders, under the supervision of pharmacists.

5.5 Participates in stock control programs (inventory of stocks).

5.6 Implements drug safety programs, documents & reports to his/her supervisor all related cases for further analysis, recommendation & action plan.

5.7 Performs other duties as assigned by the pharmacy director.

5.8 Identifies patients and family's needs for education then provides the patient and/or his/ her family with the necessary information regarding the medications.

5.9 Respects the patient rights according to the center policy and informs him/ her about their responsibilities when needed.

5.10 Participates in all quality management activities within his/her department.

1- الوحدة: الخدمات الطبية

2- مسمى الوظيفة: فني صيدلة

3- العلاقة التنظيمية:
1.3 مسئول أمام: مدير الصيدلية
2.3 مسئول عن: لا يوجد

4- ملخص الوظيفة:
1.4 يدعم كمحترف مساعد صيدلي، ويشارك في إعداد وتخزين الأدوية، ورصد تواريخ الانتهاء ومراقبة المخزون، ويساعد الصيدلي في صرف الأدوية، وتوفير خدمات رعاية صيدلانية ذات جودة.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1 تحضير الأدوية للعيادات، والمحافظة على السجلات المناسبة.

5.2 متابعة تواريخ انتهاء الصلاحية ويحافظ على بيئة عمل نظيفة.

5،3 تزويد مناطق العمل بكمية مناسبة من الأدوية والمواد.

5.4 يستخدم نظام الكمبيوتر (إن وجد)، لصرف أوامر الطبيب، تحت إشراف الصيادلة.

5.5 يشارك في برامج مراقبة المخزون (الجرد للمخزون).

5.6تنفيذ برامج السلامة الدوائية ، والتوثيق و التبليغ عن جميع الحالات ذات الصلة للمشرف عليه لإجراء التحليل اللازمة، ووضع التوصية واتخاذ المزيد من الإجراءات.

5.7 يؤدي مهام أخرى يكلفه بها مدير الصيدلية.

5.8 يحدد احتياجات المريض والأسرة من أجل توفير التعليم ثم يزود المريض و / أو عائلته بما يلزم من معلومات حول الأدوية.

5.9 يحترم حقوق المريض وفقا لسياسة مركز ويبلغ له / لها عن مسؤولياتهم عند الحاجة.

5.10 يشارك في جميع أنشطة إدارة الجودة داخل الصيدلية

5.11 يكون على علم بالاحتياطات القياسية لمكافحة العدوى وتنفيذ المبادئ التوجيهية.

5.12 التوقيع والالتزام بإقرار سرية المعلومات ذات الصلة للمرضى وأسرهم، والمؤسسة وموظفي المركز.

Department: PH	Title: Pharmacy Technician فني صيدلي	Page 2 of 2
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PH-JD-003EA(2)

5.11 Be aware of standard precautions for infection control and implement the IC guidelines in his/ her day to day activities.

5.12 Signs Confidentiality Agreement and adheres to confidentiality of the information pertinent to the patients and their family, the institution and the hospital staff.

5.13 Acknowledges his/ her role in internal and external disaster plans and supervises his/her subordinates.

6. Required Qualifications:

6.1 Pharmacy diploma (2 years after secondary education)

6.2 Valid license from Saudi Commission for health Specialties

7. Minimum Skills:

7.1 Fluent in Arabic and English language.
7.2 Computer skill proficiency level.

8. *Professional Experience:*

8.*1* At least one (1) year of professional experience.

13،5 يكون على علم بدوره في خطط الكوارث الداخلية والخارجية ويشرف على المرؤوسين.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1 دبلوم الصيدلة (2 سنوات بعد التعليم الثانوي)

6.2 شهادة تصنيف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1 إجادة اللغة العربية واللغة الانكليزية.

7.2 إتقان مهارة استخدام الكمبيوتر

8- الخبرات المطلوبة:

8.1 ما لا يقل عن سنة من الخبرة الحاليه

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:
Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:
اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature: اسم وتوقيع الموظف: Date: التاريخ:	Supervisor Name & Signature: اسم وتوقيع الرئيس المباشر: Date: التاريخ:

Department: PH	**Title: Pharmacy Director** **مدير الصيدلية**	Page **1** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: PH-JD-001EA(2)**

1. Section or Unit: Medical Services

2. Position Title: Pharmacy Director

3. Organizational Relationship:

3.1 Reports to: Medical Director

3.2 Responsible for: All Pharmacy staff

4. Job Summary:

4.1 Supports as a professional pharmacist and participates in the reviewing, updating & implementation of policies and procedures and the MOH regulations, management of staff, and provision of quality pharmaceutical care services.

5. Job Responsibilities:

5.1 Implements policies & procedures regarding the dispensing of medications for PHC patients.

5.2 Ensures that drug safety programs are implemented, documented using the appropriate forms (i.e. ADR, Allergies, and Medication Errors) & appropriately reported.

5.3 Performs monthly inspection of the pharmacy for any expired or near to expire medications.

5.4 Reports to the center director any drug shortages a head of time & make sure that appropriate measures are taken to resolve critical shortages.

5.5 Supervises overall organization for dispensing mechanism of drugs to the public & ensures that proper safety procedures are adhered to.

5.6 Supervises dispensing of patient's medications using appropriate mechanisms.

5.7 Performs inspection of the drug storage areas and discusses problems with the appropriate staff and recommends solutions.

5.8 Reviews prescription orders for appropriateness and intervening when necessary by direct communication with physician.

5.9 Coordinates the work between the pharmacy and other departments (i.e. clinics), and communicates with healthcare practitioners when necessary.

1- الوحدة: الخدمات الطبية

2- مسمى الوظيفة: مدير الرعاية الصيدلية

3- العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: المدير الطبي

3.2 مسئول عن: جميع موظفي الصيدلية

4- ملخص الوظيفة:

4.1 يدعم ويشارك في مراجعة وتحديث وتنفيذ السياسات والإجراءات واللوائح الخاصة بوزارة الصحة، وإدارة الموظفين، وتوفير خدمات صيدلانية ذات جودة عالية.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1 تنفذ السياسات والإجراءات بشأن صرف الأدوية للمرضى بمركز الرعاية الصحية الأولية.

5.2 يضمن تنفيذ برامج السلامة الدوائية، وتوثيقها باستخدام النماذج المناسبة (نموذج التفاعلات العكسية، نموذج الحساسية الدوائية، ونموذج الأخطاء الدوائية) والإبلاغ عنها.

5.3 يقوم بالتفتيش الشهري على الأدوية منتهية الصلاحية أو التي قاربت على الانتهاء.

5.4 إرسال تقارير لمدير المركز عن أي نقص في الدواء والتأكد من أن يتم اتخاذ التدابير المناسبة لتسوية النقص.

5.5 الإشراف على التنظيم العام لآلية صرف الدواء للمراجعين ويضمن التقيد بإجراءات السلامة المناسبة.

5.6 الإشراف على صرف أدوية المريض باستخدام الآليات المناسبة.

5.7 التفتيش على مناطق تخزين الدواء.

5.8 مراجعة أوامر صرف الدواء بشأن ملازمتها والتدخل عند الضرورة بواسطة الاتصال المباشر مع الطبيب.

5.9 تنسيق العمل بين الصيدلية وغيرها من الإدارات، ويتصل مع ممارسي الرعاية الصحية عند الضرورة.

5.10 يشارك في برامج مراقبة المخزون (الجرد ومراقبة استخدام) على النحو المطلوب.

11،5 يقوم بعمل إحصاءات الاستهلاك الشهري.

5.12 يقدم برامج تعليمية وتدريبية لموظفي الصيدلية والمتدربين.

5.13 يقوم بالإشراف على الصيادلة والموظفين الجدد والفنيين.

5.10 Participates in stock control programs (inventory & monitoring usage) as required.

5.11 Performs monthly consumption statistics.

5.12 Provides educational and training programs to pharmacy staff and trainees.

5.13 Provides supervision for new staff pharmacists and technicians.

5.14 Ensures smooth running of work in the department by managing staff permission, emergency leave, vacations, & sick leaves.

5.15 Emphasizes work rules and ethics, utilizing team approach concepts.

5.16 Recommends the necessary staffing, for the area, who are qualified and competent to provide services to patients.

5.17 Ensures that all patient rights are respected from his / her department's staff.

5.18 Participates in all quality management activities within his/her department.

5.19 Monitors the application of Quality Management Program within the pharmacy.

5.20 Monitors the application of Infection Control Guidelines within the pharmacy.

5.21 Performs other assignments as required by the center director.

5.22 Signs Confidentiality Agreement and adheres to confidentiality of the information pertinent to the patients and their family, the institution and the center staff.

5.23 Acknowledges his/ her role in internal and external disaster plans and supervises his/her subordinates.

6. Required Qualifications:

6.1 Bachelor's Degree in Pharmacy.
6.2 Valid Basic Life Support (BLS) certification
6.3 Have a current registration of the Saudi Commission for Health Specialties.

7. Minimum Skills:

7.1 Fluent in Arabic and English language.

7.2 Computer skill proficiency level.

5.14 يضمن حسن سير العمل في القسم من خلال إدارة مواعيد الحضور والانصراف للموظفين، والإجازات الطارئة، والإجازات الاعتيادية، والإجازات المرضية.

5.15 التشدد في قواعد وأخلاقيات العمل، وذلك باستخدام مفاهيم روح الفريق.

5.16 يوصي بما يلزم من موظفين، للقسم، الذين هم من ذوي المؤهلات والكفاءة لتقديم الخدمات للمرضى.

5.17 يضمن احترام جميع حقوق المريض من قبل موظفيه.

5.18 يشارك في جميع أنشطة إدارة الجودة داخل القسم.

5.19 متابعة تطبيق برنامج إدارة الجودة في الصيدلية.

5.20 متابعة تطبيق المبادئ التوجيهية مكافحة العدوى داخل الصيدلية.

5.21 يؤدي مهام أخرى كما هو مطلوب من قبل مدير المركز.

5.22 التوقيع والالتزام بإقرار سرية المعلومات ذات الصلة باءلمرضى وأسرهم، والمؤسسة وموظفي المركز.

5.23 يكون على علم بدوره في خطط الكوارث الداخلية والخارجية ويشرف على المرؤوسين.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1 درجة البكالوريوس في الصيدلة.
6.2 شهادة دعم الحياة الأساسية (BLS)
6.3 شهادة تسجيل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1 إجادة اللغة العربية واللغة الانكليزية.

7.2 إتقان مهارة استخدام الحاسوب.

8- الخبرات المطلوبة:

1.8 ما لا يقل عن ثلاثة (3) سنوات من الخبرة الحالية

8. *Professional Experience*:

8.*1* At least three (3) years of current experience.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date:** **التاريخ:**	**Supervisor Name & Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date:** **التاريخ:**

Scope of Services	مجال الخدمات
Department/Service: Pharmacy Services	القسم / الخدمة : خدمات الصيدلية
Code Number: PH -SOS-015	الرقم الكودي:
2 Unit Description	**1. وصف الوحدة**
1.1. Working Days and Working hours:	**1.1 أيام وأوقات العمل**
Pharmacy services are provided within the working hours (from 8:00 AM to 4:00 PM) during the working days (from Sunday to Thursday).	يتم تقديم خدمات الصيدلية بالمركز خلال ساعات العمل (من 8:00 ص إلى 4:00 م) طوال أيام العمل (من الأحد إلى الخميس).
1.2. Staffing Plan & Availability of staff	**2.1 خطة التوظيف وتوزيع العاملين**
The department provide its services through ..... pharmacists, ... Technicians.	يقدم قسم الصيدلية خدماته من خلال: • عدد ..... أخصائي صيدلة • عدد ..... فني صيدلة
2. Patient Population	**2. الفئة المستهدفة**
• In accordance with the policies of the Ministry of Health, it shall dispense medicines in accordance with the applicable regulations, for all patients and visitors, and those entitled to treatment after a medical examination and to be treated in a regular manner in order to safeguard the safety of patients. • The average annual number of patients served is	• طبقا لسياسة وزارة الصحة فان تقوم بصرف الأدوية وفقاً للأنظمة المعمول بها، لجميع المراجعين والزوار ومن لهم أحقية العلاج بعد إجراء الكشف الطبي عليهم ويصرف لهم العلاج بوصفة نظامية حفاظاً على سلامة المرضى. • المتوسط السنوي لعدد المرضى الذين يتم خدمتهم ....
3. Modalities used	**3 الاجراءات المستخدمة**
1-To improve educational level of pharmacists and technicians that lead to improve pharmaceutical care given to patients by continues medical educations . 2- To provide clear guidelines for pharmaceutical staff on the correct procedures for preparation, storage and monitoring of sterile and non-sterile products compounded in the pharmacy 3- Education program for PHC's patients. 4- ensure security of the pharmacy facilities and environment. 5- implementation of the drug eligibility list. 6- handling and dispensing clinic prescriptions, proper labeling of drugs, and patient and family education . 7- provide guidance on documenting the patient allergies/ sensitivities, in the patient file/prescription and patient pharmacy profile , To avoid prescribed medications that may cause allergy to the patient. 8- monitoring, identifying and reporting Medication Errors, and initiating appropriate corrective measures . 9- To provide guidelines to medical, pharmacy, and nursing	1- تحسين الرعاية الصيدلانية التي تعطى للمرضى بتحسين المستوى التعليمي للصيادلة بالتعليم المستمر. 2- توفير المبادئ التوجيهية الواضحة لموظفي الصيدلية بناءً على الإجراءات الصحيحة للإعداد، التخزين، ومراقبة المنتجات المعقمة وغير المعقمة المركبة في الصيدلية. 3- تثقيف مرضى مراكز الرعاية الصحية الأولية. 4- ضمان أمن الصيدلية وبيئة العمل. 5- تطبيق قائمة امتيازات صرف الأدوية 6- صرف الوصفات الطبية لمرضى العيادات، ووضع التعليمات المناسبة على الأدوية، وتثقيف المريض والأسرة عن كيفية استخدام الأدوية. 7- توثيق حساسية المريض للأدوية، في ملف المريض، الوصفة الطبية وملف المريض الدوائي بالصيدلية وتجنب وصف الأدوية التي قد تسبب حساسية للمريض. 8- الرصد، والإبلاغ عن الأخطاء الدوائية، والشروع في اتخاذ تدابير تصحيحية ملائمة. 9- توفير مبادئ توجيهية للطاقم الطبي، الصيادلة والتمريض من أجل تنفيذ

staff for the proper implementation of drug recalls .	سليم للدواء المسترجع.
10-To comply with MOH rules and regulation governing the adequate control of the distribution, safeguarding and storage of all narcotic and controlled drugs .	10- الامتثال لقواعد وزارة الصحة وتنظيم الرقابة الكافية لتوزيع، حماية وتخزين جميع العقاقير المخدرة والخاضعة للرقابة.
11-To ensure a properly stocked emergency cart will be readily available with all drugs and equipments necessary to initiate advanced life-support measures in the event of a life threatening emergency	11- ضمان وجود عربة طوارئ مجهزة بشكل صحيح بحيث تكون متاحة بسهولة مع توفر جميع الأدوية والمعدات اللازمة للشروع في تدابير دعم الحياة المتقدمة في حالة حدوث طارئ يهدد الحياة.
12- outline the leading drivers of Quality Improvement for Pharmacy Services .	12- تحسين الجودة بالخدمات الصيدلانية.
13- To establish a mechanism to ensure that adverse drug reactions are systematically reported, monitored, evaluated, and documented in order to prevent future recurrences.	13- ضمان أن التفاعلات العكسية للدواء يتم الإبلاغ عنها، رصدها، تقييمها وتوثيقها بشكل منهجي من أجل منع تكرارها في المستقبل.
14-To provide guidelines for determining the suitability and ensuring stability of open multiple dose medications; and for determining and applying appropriate expiration dates to the original multi-dose containers .	14- تحديد مدى الملاءمة وضمان استقرار الأدوية المفتوحة ذات الجرعات المتعددة، وتحديد وتطبيق تواريخ انتهاء الصلاحية المناسبة للقوارير الأصلية متعددة الجرعات.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Out-of-Stock Medication نفاذ المخزون من الدواء	Page 1 of 4
Department: PH	Policy Number: wasfaty-002EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To establish an acceptable response pattern for the pharmacists/physicians to follow in dealing with out-of-stock situations of pharmaceutical supplies, including a chain-of-command delineation of appropriate contact personnel of the Pharmacy department and Medical departments.

1- الغرض:

1.1لإنشاء نمط استجابة مقبول للصيادلة / الأطباء لمتابعة التعامل مع حالات نفاد المخزون من اللوازم الصيدلانية ، بما في ذلك تحديد التسلسل القيادي للموظفين المناسبين للتواصل معهم سواء من قسم الصيدلة /الأقسام الطبية.

2- DEFINITIONS:

2.1 Out of stock medications: Items which are not available in Pharmacy, Pharmaceutical store, or Hospital warehouse.
2.2 Critical/Life-Saving Item: Any drug that is required to be given within 24 hours for a life-threatening situation, without which the patient would suffer adverse consequences.
2.3 Liaison Pharmacist: a pharmacist who liaises with Supply Chain Management regarding medications in/out of stock, brand-generic substitution, drug recalls and drug loans.

2- التعريفات:

2.1 نفاد مخزون الأدوية: العناصر غير المتوفرة في الصيدليات أو مستودعات الصيدلية أو مستودع المستشفى.
2.2 المادة حرجة / المنقذة للحياة: هي أي دواء مطلوب إعطاؤه في غضون 24 ساعة لحالة تهدد الحياة، والتي بدونه سيتحمل المريض عواقب وخيمة.
2.3.صيدلي الاتصال: هو الصيدلي الذى يقوم بالتنسيق مع إدارة سلسلة التوريد فيما يتعلق بالأدوية الداخلة / الخارجة من المخزون ، واستبدال العلامة التجارية العامة للأدوية، واسترجاع الأدوية ، وقروض الأدوية.

3- POLICY:

3.1 MOH shall develop reasonable defined steps for the Pharmacy staff to follow when attempting to resolve pharmaceutical stock shortages for hospitalized and ambulatory care patients.
3.2 This policy applies to all out-of-stock items (except controlled, narcotic, and/or non-formulary medications); the response shall differ based on the severity of the clinical situation.
3.3 Pharmacist shall contact the physician, if the medication is out of stock and to offer a substitute within the approved respective MOH formulary e.g. PHC sub-formulary.
3.4 If there is no substitute medication, pharmacist shall send the patient to his/her physician for reassessment and possible modification of therapy.

3- السياسات:

3.1 يجب على وزارة الصحة وضع خطوات محددة ومعقولة لموظفي الصيدلة لاتباعها عند محاولة حل مشكلة نقص مخزون الأدوية لمرضى الرعاية الصحية في المستشفيات والعيادات الخارجية.
3.2 تنطبق هذه السياسة على جميع المواد المستخرجة من مستودع الادوية (باستثناء الأدوية الخاضعة للمراقبة، و / أو المخدرة، و / أو غير المستحضرات الدوائية)؛ ويجب أن تختلف استجابة الاستخراج بناءً على شدة الحالة السريرية للمريض.
3.3 يجب على الصيدلي الاتصال بالطبيب، إذا كان الدواء غير متوفر وتقديم بديل موجود في الدليل المعتمد من وزارة الصحة مثل دليل الوصفات الفرعية في الرعاية الصحية الاولية مثلا.
3.4 إذا لم يكن هناك دواء بديل متوفر، يجب على الصيدلي اعادة إرسال المريض إلى طبيبه/طبيبته لإعادة تقييمه وإمكانية تعديل العلاج له.

4- PROCEDURES

4. Response to out-of-stock medication:
4.1. Critical, Life-Saving Item during Normal:

4- الإجراءات:

4.الاستجابة للأدوية المنتهية في مستودع الادوية:
4.1البند أو الدواء الحرجة والمنقذ للحياة:

Applied to: **All PHC staff** **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Out-of-Stock Medication** **نفاذ المخزون من الدواء**	**Page 2 of 4**
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-002EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.1.1. The pharmacist shall first determine that the medication is, in fact, out-of-stock after checking in pharmacy, pharmacy store and hospital warehouse, when applicable.

4.1.2. If the item is determined to be out of stock, the pharmacist shall check other pharmacy areas for possible supply before informing the requestor or the patient that the item is out of stock.

4.1.3. If no supply can be located, the pharmacist shall contact supply chain in the hospital to deal with the situation by borrowing, or exchanging from different facility or requesting item from regional warehouse or centrally.

4.1.4. For community pharmacies enrolled in Wasfaty program, pharmacist should call NUPCO call center 920000932

4.1.5. If all the above results in inability to secure the medication, pharmacist shall contact the physician, and offer a substitute within the approved respective MOH formulary e.g. PHC sub-formulary.

4.1.6. If there is no substitute medication, pharmacist shall send the patient to his/her physician for reassessment and possible modification of therapy.

4.1.1. يجب على الصيدلي أولاً تحديد أن الدواء قد نفد فعلا بعد التحقق من عدم وجوده في الصيدلية ومستودع الصيدلة ومستودع المستشفى (ان وجد).

4.1.2. إذا تم التأكد من أن الدواء المطلوب قد نفذ من المخزون، يجب على الصيدلي التحقق من توفره في الصيدليات الأخرى المجاورة له وإمكانية توريده منها قبل إبلاغ الطبيب الطالب أو المريض بأن هذا الدواء غير متوفر.

4.1.3 إذا لم يكن بالإمكان تحديد موقع توريد محدد للدواء، يجب على الصيدلي الاتصال بسلسلة التوريد في المستشفى للتعامل مع الوضع عن طريق الاقتراض أو التبادل مع مركز اخر أو طلب الدواء من المستودع الإقليمي أو المركزي.

4.1.4. للصيدليات المجتمعية المسجلة في برنامج وصفتي، يجب على الصيدلي الاتصال بمركز الاتصال في NUPCO 920000932

4.1.5 إذا نتج عن كل ما سبق ذكره عدم القدرة على تأمين الدواء، يجب على الصيدلي الاتصال بالطبيب، وتقديم بديل موجود في الدليل المعتمد من وزارة الصحة مثل دليل الوصفات الفرعية في الرعاية الصحية الأولية.

4.1.6إذا لم يكن هناك دواء بديل ، يجب على الصيدلي أعادة ارسال المريض إلى طبيبه/طبيبته لإعادة تقييمه و تعديل العلاج المصروف له.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 pharmacist
5.2 physician

5- المسئوليات:

5.1الصيدلي
5.2الطبيب المعالج

6- FORMS:

no

6- النماذج:

لا يوجد

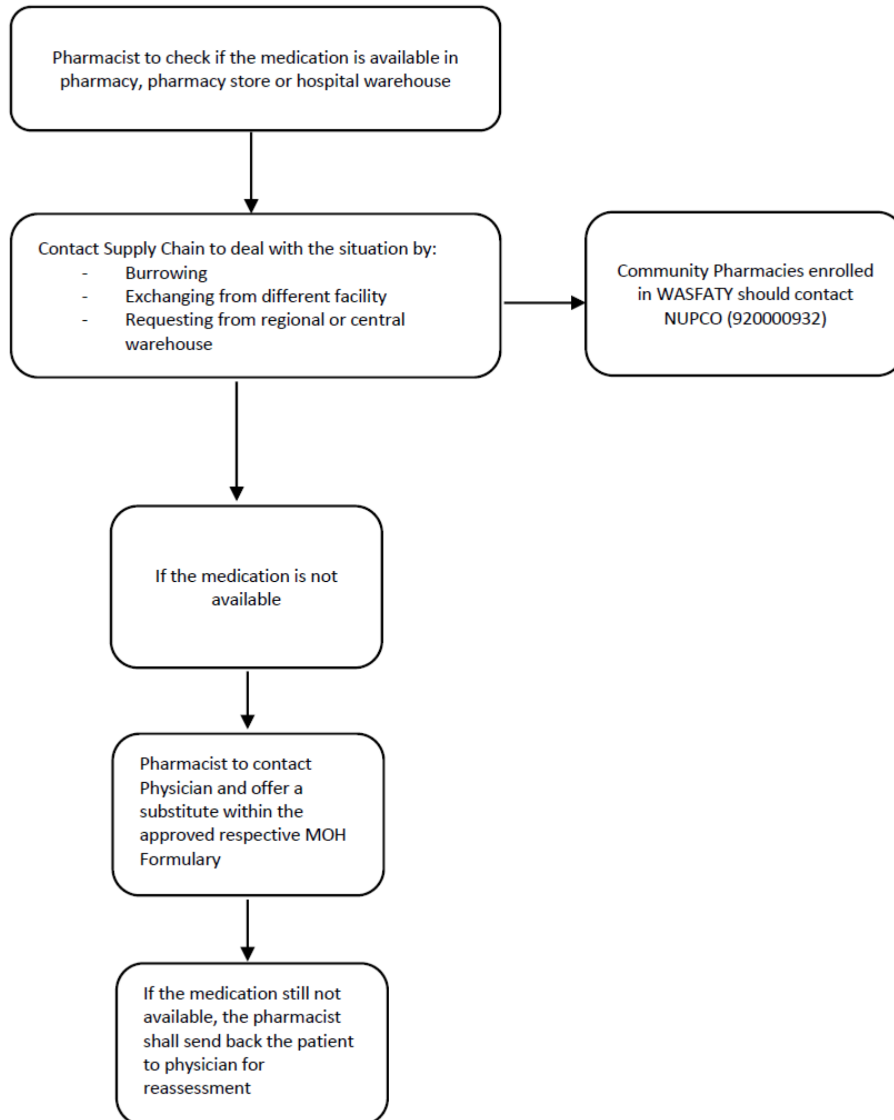
7- REFERRANCES

7- المراجع:

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Out-of-Stock Medication نفاذ المخزون من الدواء	Page 4 of 4
Department: PH	Policy Number: wasfaty-002EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

Appendix A
Out of Stock Medication Workflow



Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Process of Adding or Deleting Medication to/from the Formulary عملية إضافة أو حذف الدواء من / إلى دليل الادوية	Page 1 of 12
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-004EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

To describe the process of adding or deleting a medication/dosage form to or from the Ministry of Health (MOH) Formulary considering the medication efficacy, safety and cost-effectiveness.

1- الغرض:

وصف طريقة إضافة أو حذف نموذج لدواء / جرعة دواء إلى أو من دليل ادوية وزارة الصحة مع الاخذ في الاعتبار فعالية الدواء وسلامته وتكلفته.

2- DEFINITIONS

2.1Formulary: All medications that are approved by the Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) and are available for use by healthcare professionals.

2.2 Non-Formulary: A medication that is not approved by the PTC for use by healthcare professionals.

2.3 Special product: A medication that meets the following criteria:

- Has complex dosing regimen
- Requires special handling or storage conditions
- Medication which requires close monitoring
- Requires risk evaluation and mitigation strategies (e. g REMS/RMP)
- Has restricted distribution program that requires special arrangement with manufacturer (limited distribution network)

2.4 Risk Evaluation and Mitigation Strategies/Risk Management Plan (REMS/RMP): A required risk management plan by the SFDA beyond routine professional labeling to ensure the benefits of a drug outweigh the risks.

2.5 Denied Request: Request that does not meet PTC requirements

2.6Rejected Request: Request that was deliberated and rejected by PTC

2.7Approved Request: Request that was deliberated and approved by PTC

2.8 Deferred Request: Request that was deliberated and action was deferred pending new or further information

2- التعريفات:

2.1قائمة الادوية: هي قائمة تشمل جميع الأدوية المعتمدة من قبل لجنة الصيدلة والعلاج (PTC) والمتاحة للاستخدام من قبل متخصصي الرعاية الصحية.

2.2 دواء غير مدرج بالقائمة: هو دواء لم تتم الموافقة عليه من قبل لجنة الصيدلة والعلاج (PTC) لاستخدامه من قبل متخصصي الرعاية الصحية.

2.3 منتج خاص: هو دواء يلبي المعايير التالية:

- دواء لديه نظام جرعات معقد.
- دواء يتطلب ظروف معالجة أو تخزين خاصة.
- دواء يتطلب مراقبة وثيقة.
- دواء يتطلب تقييم للمخاطر واستراتيجيات في التخفيف (مثل REMS /. RMP)
- دواء لديه برنامج توزيع مقيد يتطلب ترتيبًا خاصًا مع الشركة المصنعة (شبكة توزيع محدودة).

2.4 تقييم المخاطر واستراتيجيات التخفيف / خطة إدارة المخاطر (REMS / RMP): هي خطة إدارة المخاطر المطلوبة من قبل الهيئة العامة للغذاء والدواء وتتجاوز وضع العلامات المهنية الروتينية لضمان تفوق فوائد الدواء على المخاطر.

2.5 طلب مستبعد: هو طلب مقدم ولا يفي بمتطلبات لجنة الصيدلة والعلاج (PTC).

2.6 طلب مرفوض: هو الطلب الذي تم تداوله ثم رفضه من قبل لجنة الصيدلة والعلاج (PTC).

2.7/طلب موافق عليه: هو الطلب الذي تم تداوله والموافقة عليه من قبل لجنة الصيدلة والعلاج (PTC).

8-2 الطلب المؤجل: هو الطلب الذي تم التداول فيه ومن ثم تأجيل الإجراءات في انتظار معلومات جديدة أو إضافية عنه.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Process of Adding or Deleting Medication to/from the Formulary عملية إضافة أو حذف الدواء من / إلى دليل الادوية Page 2 of 12	
Department: PH	Policy Number: wasfaty-004EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

3- **POLICY:**

3.1. Any consultant physician may apply for addition of a new medication or a line extension for a specific dosage form of an existing medication that has been previously reviewed by the PTC.

3.2 The PTC may proactively review any new medication for formulary inclusion without a request.

3.3 The following medications may be acquired by MOH:

3.3.1 Medications registered in Saudi Food and Drug Authority (SFDA) in the Kingdom of Saudi Arabia (KSA)or from one of the countries/regulatory bodies, namely, USA, UK, Canada and European Medicines Agency (EMA).

3.3.2 For any medication not registered in KSA, the MOH may proceed with importation, as long as the medication is registered in one of the above referenced countries/regulatory bodies, with the communication to the SFDA for clearance.

3.4 The PTC will consider adding a medication to the Formulary if one or more of the following criteria is(are) met:

3.41. It is the only medication effective for the requested indication based on the best clinical evidence from peer-reviewed journals including but not limited to randomized clinical trials, established clinical practice guidelines and authoritative compendia.

3.4.2 It is superior to other formulary medications defined as:

3.4.2.1 Superior efficacy in most patients or for selected patients, taking into consideration variations in patient response.

3.4.2.2 Equal or superior efficacy with better safety profile/patient tolerance/patient adherence.

3.4.2.3 Equal or superior efficacy with superior pharmacokinetic properties and improved method of administration.

3.4.2.4It possesses equal efficacy and safety as currently used Formulary products but is more cost-effective.

3.5 A request which fails to meet any of the criteria in #4 will be denied and the requester will be informed.

3.6 Requests that meet any of the criteria in # 4 will be forwarded for PTC deliberation and final decision

3- **السياسات:**

3.1. يجوز لأي طبيب استشاري التقدم بطلب إضافة دواء جديد أو تمديد خط لجرعة محددة من دواء معين موجود وتمت مراجعته مسبقًا من قبل PTC.

3.2 يجوز لـ PTC مراجعة أي دواء جديد لإدراج الصيغ بشكل استباقي دون طلب.

3.3 يمكن الحصول على الأدوية التالية من قبل وزارة الصحة:

3.3.1 الأدوية المسجلة في الهيئة العامة للغذاء والدواء السعودية في المملكة العربية السعودية أو من إحدى الدول/الهيئات التنظيمية، وهي الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة وكندا وهيئة الأدوية الأوروبية (EMA).

3.3.2 بالنسبة لأي دواء غير مسجل في المملكة العربية السعودية، يجوز لوزارة الصحة المضي قدما في استيراده، طالما أن الدواء مسجل في إحدى الدول/الهيئات التنظيمية المشار إليها أعلاه، مع إبلاغ الهيئة العامة للغذاء والدواء لتخليص الاجراءات.

3.4 يمكن للجنة الصيدلية العلاج(PTC) إضافة دواء إلى القائمة الاساسية إذا تم استيفاء واحد أو أكثر من المعايير التالية:

3.4.1 الدواء المطلوب هو الدواء الوحيد الفعال للتشخيص المطلوب استناداً إلى أفضل الأدلة السريرية المأخوذة من المجلات التي يستعرضها النظراء، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر التجارب السريرية العشوائية، والمبادئ التوجيهية للممارسات السريرية الراسخة، والمبادئ التوجيهية والموجزات الموثوقة للممارسات السريرية.

3.4.2 الدواء المطلوب هو دواء متفوق على الأدوية الأخرى في القائمة في النواحي التالية:

3.4.2.1 فعالية عالية في معظم المرضى أو لمرضى مختارين، مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات في استجابة المريض.

3.4.2.2 فعالية متساوية أو متفوقة مع أفضل امان من ناحية السلامة / تحمل المريض / التزام المريض.

3.4.2.3 فعالية متساوية أو متفوقة مع وجود خصائص دوائية متفوقة وطرق محسنة في طريقة الاخذ.

3.4.2.4يمتلك فعالية وسلامة متساوية مثل منتجات القائمة المستخدمة حاليا ولكن أكثر فعالية من حيث

3.7 All medications will be added to the Formulary under a non-proprietary (generic) name.
3.8 The Pharmaceutical care department shall decide in collaboration with Supply Chain Management (SCM)، National Unified Procurement Company (NUPCO) and end-user (when needed) which product to stock based upon current bio-equivalency data, as well as current acquisition cost and other pertinent pharmaceutical and pharmacokinetic data.
3.9. PTC shall conduct an evidence-based class reviews of formulary and non-formulary alternatives whenever needed.
3.10 PTC shall request/conduct a budget impact analysis of new medications prior to discussion.
3.11 PTC shall review and approve value-based agreements whenever needed.
3.12 PTC may assign certain medications “Special Product” status according to its discretion.
3.13 Dosage form selection shall be addressed at the time of formulary addition. However, additional dosage form requests may be made at any time after initial formulary addition.
3.14 The procurement of medications after approval shall be dependent upon the availability of the product in the market and the MOH’s purchasing procedures.
3.15 Deletion of medication(s) from the formulary may be proposed by PTC, end-users, Pharmaceutical Care Department or Supply Chain Management.
3.16 Any proposed deletion requires PTC approval
3.17 Any available medication that has not been used for at least three (3) years will be automatically suggested for deletion provided an alternative is available.
3.18 A reasonable phase-out period may be necessary to switch patients from deleted medication to an alternative.

Exclusions:

1. No medication shall be added to the Hospital Formulary unless its formula or composition is known.
2. Fixed dosage form combinations of two or more agents shall be regarded as undesirable unless a clear therapeutic advantage is demonstrated and there are no known disadvantages.
3. PTC shall not consider adding food supplements, herbal/alternative medicinal products.

درجة التكلفة.
3.5 سيتم رفض الطلب الذي لا يستوفي أي معيار من المعايير الواردة في البند رقم #4 وسيتم إبلاغ صاحب الطلب بذلك.
3.6 سيتم إرسال الطلبات التي تستوفي أيٍ من المعايير في البند رقم # 4 للمداولة لجنة الصيدلة والعلاج (PTC),واتخاذ القرار النهائي.
3.7 سيتم إضافة جميع الأدوية التي تم الموافقة عليها إلى القائمة تحت اسم غير اسم الملكية (العام).
3.8 تقرر إدارة الرعاية الصيدلانية بالتعاون مع إدارة سلسلة التوريد ((SCM)والشركة الوطنية الموحدة للمشتريات (NUPCO)والمستخدم النهائي (عند الحاجة) ما والمنتج الذي يجب طلبه استنادًا إلى بيانات المعادلة البيولوجية الحالية له، وكذلك تكلفة الاستحواذ الحالية وغيرها من البيانات الصيدلانية والدوائية ذات الصلة.
3-9 ستقوم لجنة الصيدلة والعلاج (PTC)بعمل مراجعة مبنية على البرهان والدليل لقائمة الادوية المدرجة والغير مدرجة كلما دعت الحاجة إلى ذلك.
3.10 ستقوم لجنة الصيدلة والعلاج (PTC) بطلب وعمل تحليلًا لأثر الأدوية الجديدة على الميزانية قبل مناقشتها.
3.11 تقوم لجنة الصيدلة والعلاج (PTC) باستعراض الاتفاقيات القائمة على القيمة التفضيلية والموافقة عليها كلما دعت الحاجة إلى ذلك.
3.12 قد تقوم لجنة الصيدلة والعلاج (PTC) بتعيين بعض الأدوية كحالة "منتج خاص" وفقا لتقديرها.
3.13 يتم تناول ومناقشة اختيار شكل الجرعة عند وقت إضافة الدواء. ومع ذلك، يمكن تقديم نموذج طلب لأجراء إضافة جرعات إضافية في أي وقت آخر حتى بعد إضافة الصيغة الأولية.
3.14 يتوقف شراء الأدوية بعد الموافقة عليها بناء على توافر المنتج في السوق وإجراءات الشراء التي تقوم بها وزارة الصحة.
3.15 يمكن اقتراح حذف دواء (الأدوية) من القائمة من قبل PTC أو المستخدمين النهائيين أو قسم الرعاية الصيدلانية أو إدارة سلسلة التوريد.
3.16 أي حذف مقترح يتطلب موافقة PTC
3.17 سيتم تلقائيًا اقتراح حذف أي دواء في القائمة لم يتم استخدامه لمدة ثلاث (3) سنوات على الأقل شريطة توفر البديل.
3.18 قد يكون من الضروري وجود فترة معقولة للتخلص التدريجي وتحويل المرضى من الأدوية المحذوفة إلى بديل.

الاستثناءات:

1. لا يجوز إضافة أي دواء إلى قائمة المستشفى ما لم تكن صيغته أو تكوينه معروفة.
2. يجب أن تعتبر التركيبات التي على شكل جرعة ثابتة من اثنين أو أكثر من العوامل غير مرغوب فيها ما لم يتم إثبات ميزة علاجية واضحة لها وعدم وجود عيوب معروفة لها.
3. لن تنظر لجنة الصيدلة والعلاج (PTC)) في امكانية إضافة

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Process of Adding or Deleting Medication to/from the Formulary عملية إضافة أو حذف الدواء من / إلى دليل الادوية Page 4 of 12	
Department: PH	Policy Number: wasfaty-004EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

المكملات الغذائية, العشبية / المنتجات الطبية البديلة للقائمة.

4- PROCEDURES:

4.1 The requester:

4.1.1 Shall discuss the medication at his/her department meeting.

4.1.2 New formulary request must be approved at department meeting and documented in minutes.

4.1.3 Minutes must be attached to formulary addition request form.

4.2 Requester submission:

4.2.1 All sections of the form (Appendix B) must be completed and shall include supporting evidence-based literature; otherwise, it will not be processed, but returned to the requester.

4.2.2 The request shall be submitted (electronically through the online application when available) Inquires may be sent to PTC email: ptc@moh.gov.sa

4.3 PTC shall acknowledge the receipt of the New Formulary Addition Request:

4.3.1 If additional documents are required the requester shall be informed.

4.3.2 If a therapeutic alternative from the same therapeutic class is available in the MOH Formulary, the requester may be asked for an evidence-based class review justifying the request.

4.3.3 A 60-day period (excluding official holidays) shall be given to complete the requested information.

4.3.4 Request shall be considered withdrawn if not submitted within the allocated timeframe.

4.4 After deliberation of the request:

4.4.1 PTC will decide whether:

4.4.1.1 To approve the addition of the medication to the formulary with or without guidelines/restriction; or

4.4.1.2 To approve the addition of the medication as Special Product.

4.4.1.3 To reject the addition; or

4.4.1.4 To defer the decision

4- الإجراءات:

4.1 مقدم الطلب:

4.1.1 يقوم بمناقشة الدواء المطلوب في اجتماع القسم الخاص به/بها.

4.1.2 يجب الموافقة على طلب الدواء الجديد في اجتماع القسم وتوثيق ذلك في محضر الاجتماع.

4.1.3 يجب إرفاق صورة من محضر الاجتماع مع نموذج طلب إضافة الدواء المقدم.

4.2 تقديم الطلب:

4-2-1 يجب استكمال جميع أجزاء الاستمارة (التذييل ب) وتشمل المؤلفات الداعمة القائمة على الأدلة؛ وإلا، لن تتم معالجتها، ولكن يتم إرجاعها إلى مقدم الطلب.

4.2.2 يجب تقديم الطلب (إلكترونيا من خلال الطلب عبر الإنترنت عندما يكون متاحا) يمكن إرسال الاستفسارات إلى PTC: البريد الإلكتروني ptc@moh.gov.sa

4.3 يقوم PTC بالتوقيع والإقرار باستلام طلب إضافة الصيغ الجديدة:

4.3.1 إذا كانت هناك حاجة إلى وثائق إضافية، سوف يتم إبلاغ صاحب الطلب.

4.3.2 إذا كان البديل العلاجي من نفس الفئة العلاجية متاحًا في دليل وزارة الصحة ، فقد يُطلب من صاحب الطلب تقديم مراجعة طبقية مستندة على الأدلة تبرر طلبه المقدم.

4.3.3 تُمنح فترة 60 يوماً (باستثناء العطلات الرسمية) لاستكمال المعلومات المطلوبة.

4-3-4 يعتبر الطلب مسحوباً إذا لم يقدم في غضون الإطار الزمني المخصص.

4-4 بعد المداولة في الطلب:

4.4.1 ستقرر لجنة الصيدلة والعلاج ما إذا كان:

4.4.1.1الموافقة على إضافة الدواء إلى الدليل مع أو بدون ادلة ارشادية/قيود؛ أو

4.4.1.2 للموافقة على إضافة الدواء كمنتج خاص.

4-4-1-3 رفض الإضافة؛ أو

4.4.1.4 لتأجيل القرار

4-4.2 يجوز للجنة أن توافق على الدواء بقيود أو بدون قيود. يمكن النظر في تحديد الدليل لخدمة مختارة أو مجموعة من المرضى أو استخدام خاص. ويمكن أيضا النظر في فرض

4.4.2 The Committee may approve the medication with or without restrictions. Formulary restriction can be considered to a selected service, group of patients or special indication. Restrictions may also be considered if; the drug possess a high risk to patient or has no or marginal improvement in efficacy, potential for misuse or requires specialized expertise.
4.4.3 For a medication which is associated with safety concerns, complex therapeutic indication(s) or high cost, development of guidelines may be requested. If guidelines are requested, PTC will decide if the procurement of medication shall be contingent upon the submission and approval of the guidelines.
4.4.4 PTC may approve the use of formulary medication as a special product along with special requirements to be implemented for certain medications and handled in similar way to the non-formulary medications (prescribing, storage, dispensing of non-formulary).
4.4.5 End users (pharmacy/medical staff) will be notified about the requirements for special product to ensure appropriate use of the medication, for examples:

- 4.4.5.1Indication/prescribing form
- 4.4.5.2 Guidelines/protocol
- 4.4.5.3 Consent Form
- 4.4.5.4. Medication guide
- 4.4.5.5 Special monitoring parameters

4.4.6 Prescriber shall fulfill PTC prescribing requirements upon ordering and prescribing any special product
4.4.7 Upon approval of special product; hospital pharmacy shall be responsible for handling; dispensing, monitoring of the medication use which include but not limited:

- 4.4.7.1 Liaise with SCM to initiate procurement and arrange for delivery
- 4.4.7.2 Implement monitoring parameters as required
- 4.4.7.3 Monitor supplies and storage
- 4.4.7.4 Educate staff about the special product and required monitoring/handling

قيود إذا كان الدواء لديه خطر كبير على المريض أو ليس لديه أي مؤشر تحسن أو هامشي في الفعالية، أو احتمال إساءة الاستخدام أو يتطلب خبرة متخصصة.
4.4.3 بالنسبة للدواء المرتبط بمخاوف تتعلق بالسلامة أو المؤشرات العلاجية المعقدة أو التكلفة العالية، قد يتم طلب وضع ادلة عمل. وإذا طُلب وضع ادلة عمل، تقرر لجنة الصيدلية والدواء ما إذا كان شراء الدواء يتوقف على تقديم المبادئ التوجيهية والموافقة عليها.
4.4.4 قد توافق لجنة الصيدلية والعلاج على استخدام ادوية الدليل كمنتج خاص جنبا إلى جنب مع المتطلبات الخاصة التي يتعين تنفيذها لبعض الأدوية والتعامل معها بطريقة مماثلة للأدوية الغير مدرجة في الدليل (الوصف والتخزين وطرق الصرف للأدوية الغير مدرجة بالدليل).
4.4.5 سيتم إخطار المستخدمين النهائيين (الصيدلية/الفريق الطبي) بالاحتياجات اللازمة للمنتجات الخاصة لضمان الاستخدام المناسب للدواء، على سبيل المثال:

- 4.4.5.1 نموذج دواعي الاستخدام والوصفة
- 4.4.5.2 الأدلة الارشادية/البروتوكول
- 4.4.5.3استمارة الموافقة
- 4.4.5.4. دليل الدواء
- 4.4.5.5 معلمات المراقبة الخاصة

4.4.6. يجب أن يستوفي الواصف متطلبات وصف PTC عند طلب ووصف أي منتج خاص.
4.4.7. عند الموافقة على المنتج الخاص فأن صيدلية المستشفى تكون هي المسؤولة عن المناولة؛ والاستغناء، ورصد استخدام الدواء والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:

- 4.4.7.1. الاتصال SCM لبدء الشراء والترتيب للتسليم
- 4.4.7.2. تنفيذ معلمات الرصد على النحو المطلوب
- 4.4.7.3. مراقبة الإمدادات والتخزين
- 4.4.7.4. تثقيف الموظفين حول المنتج الخاص والمراقبة المطلوبة له/ وطرق التعامل معه.
- 4.4.7.5. عند الاقتضاء يجب التنسيق مع المستخدمين النهائيين فيما يتعلق ببدء أو وقف العلاج وإعداد التقارير الدورية حول استخدام الدواء، وتدقيق السلامة، والإبلاغ عن أي احداث عكسية للدواء للمصنع او مركز المعلومات الدوائية.

4.5 موجز قرارات اللجنة المتعلقة بطلبات الصيغ:

4.4.7.5 Where appropriate coordinate with end-users regarding initiation or discontinuation of therapy
Prepare periodical report about medication use, safety issues, and report any adverse drug events to DIC/manufacturer

4.5 The PTC decisions summary pertaining to formulary requests:

4.5.1. Shall be endorsed to the Minister of Health/delegate for approval.
4.5.2. All PTC decisions must be approved by the Minister of Health/delegate prior to further action.
4.5.3. The Minister of Health /delegate may approve, disapprove, or request reconsideration of PTC decisions.
4.5.4. Requesters shall be notified through email of the PTC decision once approved by Minister of Health /delegate.

4.6. If the Formulary Request is denied:

4.6.1. The requester may resubmit a request providing the following are fulfilled:

4.6.1.1. The resubmitted request should be at least 12 months apart from the initial discussion by the PTC unless deemed necessary by PTC due to substantial evidence.
4.6.1.2. Resubmitted requests must be accompanied by new evidence (RCT or meta-analysis) or substantiating data that was not addressed/ available during the initial discussion.
4.6.1.3. The resubmitted request shall be treated as new request and automatically be placed at the end of the queue unless deemed clinically urgent by the PTC.

4.7. Deleting medication from formulary:

4.7.1. Pharmacy Department and SCM will periodically review its stocks and various therapeutic medication classes to identify potential agents for deletion - duplicate medications, medications no longer being used or available following market withdrawal or medications which can be replaced by more cost effective alternatives.

4.5.1 سوف ترسل الى وزير الصحة/المندوب عنه للموافقة عليها.
4.5.2 ويجب أن يوافق وزير الصحة/المندوب عنه على جميع قرارات لجنة الصيدلية والعلاج قبل اتخاذ مزيد من الإجراءات.
4.5.3 يجوز لوزير الصحة/المندوب عنه الموافقة على قرارات لجنة الصيدلية والعلاج أو عدم الموافقة عليها أو طلب إعادة النظر فيها.
4.5.4. يتم إخطار أصحاب الطلبات بقرار لجنة الصيدلية والعلاج من خلال البريد الإلكتروني بمجرد موافقة وزير الصحة / المندوب عنه.

4.6. إذا تم رفض طلب الصيغ:

4.6.1. يجوز للطّالب إعادة تقديم طلبه شريطة استيفاء ما يلي:
4.6.1.1 ينبغي أن يكون الطلب الثاني المقدم بعد 12 شهراً على الأقل من الطلب الاول والمناقشة الأولية التي أجرتها لجنة الصيدلية والعلاج ما لم تعتبره اللجنة ضروري بسبب وجود أدلة جوهرية.
4.6.1.2يجب أن تكون الطلبات المقدمة مشفوعة بأدلة جديدة (RCT أو التحليل البعدي) أو بيانات داعمة والتي لم يتم تناولها/إتاحتها خلال المناقشة الأولي.
4.6.1.3. يعامل الطلب الذي أعيد تقديمه كطلب جديد ويوضع تلقائيًا في نهاية جدول الطلبات ما لم تعتبره لجنة الصيدلية والعلاج أمرًا ملحًا سريريًا.

4.7. حذف دواء من دليل الادوية:

4.7.1. ستقوم إدارة الصيدلة وSCM بشكل دوري بمراجعة مخزوناتها وفئات الأدوية العلاجية المختلفة لتحديد الادوية المحتملة للحذف - الأدوية المكررة أو الأدوية التي لم تعد تستخدم أو متوفرة بعد انسحابها من السوق أو الأدوية التي يمكن استبدالها ببدائل أكثر فعالية من حيث التكلفة.
4.7.2. تقوم إدارة الصيدلة بإحالة بيانات الحذف والاستخدام المقترحة إلى لجنة الصيدلية والعلاج.
4.7.3. يجوز للمستخدم النهائي المعني (MD أو الصيدلي) تقديم طلب خطي للحذف والأساس المنطقي لمقترحه إلى لجنة الصيدلية والعلاج.
4.7.4. تقوم لجنة الصيدلية العلاج بتقييم اقتراح الحذف والتواصل مع المستخدمين النهائيين المعنيين. ويتم السماح بفترة 8 أسابيع لتلقي الملاحظات. وإذا لم يرد أي اعتراض خطي خلال هذه الفترة الزمنية، تمضي اللجنة في اتخاذ القرار النهائي للحذف.

4.7.2. Pharmacy Department shall forward the proposed deletion and utilization data to PTC.
4.7.3. Concerned end-user (MD or pharmacist) may submit a written request for deletion and the rationale to PTC.
4.7.4. PTC shall evaluate the deletion proposal and communicates with concerned end-users of the proposed deletion. An 8-week period will be allowed for receiving feedback. If no written objection is received during this time period, PTC will proceed with the final decision for deletion.
4.7.4.1. Any objection to proposed deletion should be supported by evidence-based justification when possible.
4.7.5. Any PTC approved deletion will be carried by SCM when the stock is depleted (i.e. delete when zero) unless otherwise specified
4.7.6. Once the stock is depleted, the deleted drug will be removed from formulary, pharmacy databases.
4.7.7. PTC minutes containing all decision pertaining to formulary deletion requests will be sent to the Minister of Health /delegate for approval.
4.7.8. The Minister of Health/delegate may approve, disapprove or request reconsideration of PTC decisions.

4.7.4.1 ينبغي أن يدعم أي اعتراض مقترح على الحذف بتبرير قائم على الأدلة عندما يكون ذلك ممكناً.

4.7.5. سيتم تنفيذ أي حذف تمت الموافقة عليه من قبل المجلس SCM عند استنفاد المخزون (أي أحذف عندما يكون الرصيد صفر) ما لم ينص على خلاف ذلك.
4.7.6. بمجرد استنفاد المخزون، سيتم إزالة الدواء المحذوف من دليل الادوية وقواعد بيانات الصيدليات.
4.7.7. سيتم إرسال محاضر اجتماعات لجنة الصيدلية والعلاج التي تحتوي على جميع القرارات المتعلقة بطلبات حذف الدواء إلى وزير الصحة / المندوب عنه للموافقة عليها.
4.7.8 ويجوز لوزير الصحة/المندوب عنه أن يوافق على قرارات لجنة الصيدلية والعلاج أو يرفضها أو يطلب إعادة النظر فيها.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1.PTC
5.2 pharmacist

5- المسئوليات:

5.1 لجنة الصيدلية والعلاج
5.2الصيدلي

6- FORMS:

6.1 Appendix A: Process of Adding or Deleting Medication from the Formulary Workflow
6.2 Appendix B: New Formulary Addition Request
6.3 Appendix C: Formulary Deletion Request Form

6- النماذج:

6.1 التذييل :Aعملية إضافة أو حذف الأدوية من سير العمل الصيغ
6.2 التذييل :Bطلب إضافة صيغ جديدة
6.3 التذييل :Cنموذج طلب حذف الصيغ

Applied to: **All PHC staff** **جميع العاملين بالمركز**	**Title**: **Process of Adding or Deleting Medication to/from the Formulary** **عملية إضافة أو حذف الدواء من / إلى دليل الادوية** **Page 8 of 12**	
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-004EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

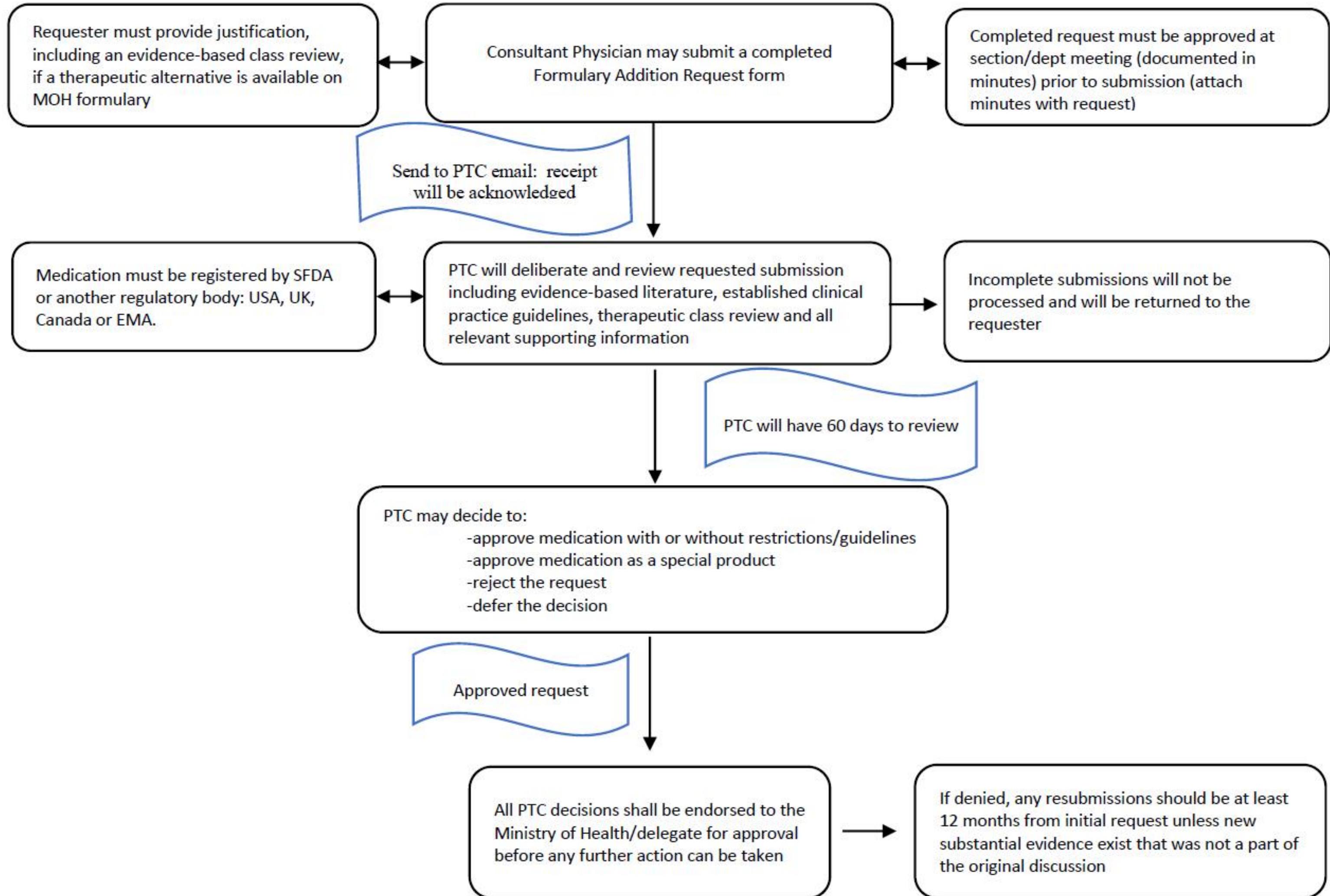
7- REFERRANCES

7- المراجع:

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Appendix A

Process of Adding/Deleting a Medication to/from the Formulary - Workflow



Appendix B
New Formulary Addition Request



وكالة الخدمات العلاجية

نموذج **طلب دواء** لدليل الأدوية بوزارة الصحة
Formulary New **Addition Request** Form

Instructions:

- The addition of new medication to the formulary must be requested by a consultant or an associate consultant ONLY.
- The request should be approved and signed by section head and the department chairman of the requesting consultant/associate consultant.
- The requested medication must be discussed in the department meeting and attachment of meeting minutes is required.
- Incomplete request will be returned to the requesting region.
- A medication can be considered by the Pharmacy & Therapeutics Committee (PTC) only if the medication is registered in the kingdom of Saudi Arabia or approved by any one of the countries/ regulating bodies: USA, UK, Canada and European Medicine agency (EMA).
- Approved request by Hospital Pharmacy & Therapeutic Committee (PTC) will be delivered together with the minutes to Regional PTC (if available) or regional assistant director of therapeutic services in regional directorate of health affairs
- Drug evaluation by Regional Drug information center must be attached to any new medication request.

TO BE COMPLETED BY THE REQUESTOR
1. DRUG DESCRIPTION:
Generic Name:
Proprietary Name:
Dosage Form:
Therapeutic Classification:
Manufacturer:
2. SPECIFIC INDICATION AND DOSING:
FDA, (others) Approved Indications:

وزارة الصحة
Ministry of Health

4. DISCLOSURES OF POTENTIAL CONFLICT OF INTERESTS

A. Have you received research support, educational funding, professional meeting, or travel funding or other funding / support from the manufacturer of this medication?
- ○ Yes
- ○ No

If yes, please Explain:

B. Are you involved in a research study or an evaluation of a drug samples of this medication?
- ○ Yes
- ○ No

If yes, please Explain:

C. Did the manufacturer or the manufacturer's representative assist in completing this form?
- ○ Yes
- ○ No

If yes, please Explain:

5. REQUESTOR INFORMATION

Requesting physician name	Department/ Specialty	Signature and date

6. APPROVALS

Section Name	Head Name	Signature and Date
Department Name	Chairman name	Signature and Date

Please, attaché your department meeting minutes in regards to your requested medication

www.moh.gov.sa | 937 | SaudiMOH | MOHPortal | SaudiMOH | Saudi_Moh

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Process of Adding or Deleting Medication to/from the Formulary عملية إضافة أو حذف الدواء من / إلى دليل الادوية Page 12 of 12	
Department: PH	Policy Number: wasfaty-004EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

Ministry of Health

Appendix C

Ministry of Health, Saudi Arabia
Pharmacy & Therapeutics Committee
Formulary Deletion Request Form

Instructions:		
• The proposal to delete a formulary medication due to low usage or availability of formulary alternatives can be requested through a written request directed to Chairman of the Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) accompanied by the "Pharmacy and Therapeutics Committee Deletion of Formulary Medication Request Form". • The request can be completed by MDs, or pharmacists. • The request shall be approved and signed by the Department Chairman/Section Head of the requester. • Please attach any pertinent literature, if available, to supplement your request. • Incomplete requests will not be processed. • PTC can be contacted for any needed information (Email: : ptc@moh.gov.sa)		
To be completed by Requester:		
Department/Section:		
Generic Name:		
Brand Name:		
Dosage Form:		
Indication(s):		
Current Formulary Alternatives:		
Justification(s):		
Requester Name:	Job Title:	Contact Number:
Signature:		Date:
Department Chairman/ Head Name:	Signature:	Date:
PTC Secretary Use Only		
Date Received:		Log NO.:

www.moh.gov.sa | 937 | SaudiMOH | MOHPortal | SaudiMOH | Saudi_Moh

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Generic Medication Substitution استبدال الأدوية الجنيسة	Page 1 of 11
Department: PH	Policy Number: wasfaty-003EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

Provide standard procedure and guidance for the Brand-Generic, Generic-Brand and Generic-Generic substitution for formulary drugs and drug dosage forms.

1- الغرض:

توفير إجراءات وإرشادات قياسية لاستبدال العلامة (التجارية -الجنيسة) والعلامة (الجنيسة - التجارية) و(الجنيسة- الجنيسة)في دليل الادوية ونماذج جرعات الدواء.

2- DEFINITIONS

2.1Bioequivalence:

Indicates that a drug in a similar dosage form to the reference drug (brand) reaches the general circulation at the same relative rate and extent; i.e., the plasma level profiles of the drug obtained using the two dosage forms are similar.

2.2Bioavailability:

A term that indicates measurement of both the rate and total extent of drug absorption that reaches the general circulation from an administered dosage form.

2.3 Pharmaceutical equivalence:

Refers to two drug products with the same active ingredient(s), same route of administration, same dosage form, same strength and same conditions of use, but they may differ in characteristics such as shape, scoring configuration, release mechanisms, packaging, excipients (including colors, flavors, preservatives), expiration time, and, within certain limits, labeling.

2.4Therapeutic equivalence: Drug products meeting the following criteria are therapeutically equivalent and can be substituted with the full expectation that the substituted product shall produce the same therapeutic effect as the prescribed product. Drug products that meet the following general criteria are classified as therapeutically equivalent. (US-FDA definition)

- o They are approved as safe and effective
- o They are pharmaceutically equivalent
- o They are bioequivalent
- o They are adequately labeled
- o They are manufactured in compliance with Current Good Manufacturing Practice Standards.

2.5Generic product:

A pharmaceutical product, usually intended to be interchangeable with the innovator product, which is

2- التعريفات:

2.1 التكافؤ الحيوي:

يشير إلى أن الدواء في شكل جرعة مماثلة للدواء المرجعي (العلامة التجارية) يصل إلى الدوران العام بنفس المعدل والمدى النسبيين؛ أي تشابهه معدلات مستوى البلازما للعقار التي تم الحصول عليها باستخدام الشكلين من الجرعة.

2.2 التوافر البيولوجي:

هو مصطلح يشير إلى قياس كل من المعدل والمدى الكلي لامتصاص الدواء الذي يصل إلى الدورة الدموية العامة من جرعة معينة مضافة.

2.3 معادلة الأدوية:

يشير إلى وجود اثنين من المنتجات الدوائية التي تحتوي على نفس المكون (المكونات) الفعالة، وطريقة الإعطاء هي نفسها، وشكل ونوع الجرعة نفسه، ونفس القوة ونفس شروط الاستخدام متشابهة، ولكنها قد تختلف في خصائص مثل الشكل والتكوين التهديفي، وآليات الافراج والتعبئة وانواع السواغ (بما في ذلك الألوان والنكهات والمواد الحافظة)، وتاريخ انتهاء الصلاحية، ووجود (ضمن حدود معينة)، ووضع العلامات.

2.4 التكافؤ العلاجي:

المنتجات الدوائية التي تستوفي المعايير التالية مكافئة علاجياً ويمكن استبدالها بتوقع كامل بأن المنتج البديل سينتج نفس التأثير العلاجي للمنتج الموصوف. وتصنف المنتجات الدوائية التي تستوفي المعايير العامة التالية على أنها مكافئة علاجيا. (الولايات المتحدة - تعريف ادارة الاغذية والعقاقير)

- oثبت بأنها آمنة وفعالة
- oأنها مكافئة من الناحية الصيدلانية
- oبأنهما متكافئين بيولوجيا
- o أنهما مصنفين بشكل كاف
- o يتم تصنيعها وفقا لمعايير الممارسة الصناعية الجيدة الحالية.

usually manufactured without a license from the innovator company and marketed after expiry of patent or other exclusivity rights.

2.6Generic substitution:

The substitution of drug products that contain the same active ingredient(s) and are chemically identical in strength, concentration, dosage form, and route of administration to the drug product prescribed (i.e., these are "pharmaceutical equivalents" as defined in the FDA Orange Book). These products can also be termed "generic equivalents."

2.7 Narrow therapeutic index drugs:

Any drug for which a 20% or smaller change in dosage, with bioavailability remaining constant, produces clinically significant and undesirable pharmacodynamics alteration, that is, increased adverse effects, decreased therapeutic efficacy, or excessive therapeutic effects.

2.5منتج جنيسي:

هو منتج صيدلي، عادة ما يكون مخصصًا ليكون قابل للتبديل مع المنتج الأصلي المبتكر، والذي عادة ما يتم تصنيعه دون ترخيص من الشركة المبتكرة ويتم تسويقه بعد انتهاء براءة الاختراع أو حقوق التفرد الأخرى.

2.6الاستبدال الجنيسي:

هو استبدال المنتجات الدوائية التي تحتوي على نفس العنصر النشط (العناصر) ومتطابقة كيميائيا في القوة والتركيز وشكل الجرعة، وطريقة الاخذ بالمنتج الدوائي الموصوف (أي انها هي " متكافئات صيدلانية" كما هو محدد في كتاب ادارة الاغذية والعقاقير البرتقالي). ويمكن أيضا أن تسمى هذه المنتجات "المتكافئات الجنيسية".

2.7 الأدوية ذات المؤشر العلاجي الضيق:

هو أي دواء اذا تم تغيير في جرعته 20% أو أقل, مع ثبات التوافر البيولوجي له, ينتج تغيرات دوائية كبيرة سريريا وغير مرغوب فيه, مثل: زيادة الآثار السلبية, انخفاض الفعالية العلاجية، أو حدوث الآثار العلاجية المفرطة.

3- POLICY:

3.1. A generic or brand drug product may substitute the formulary alternative available in the Ministry of Health (MOH) Formulary only upon the approval of Supply chain, through a review by the Pharmacy and Therapeutic (PTC) coordinator and in collaboration with Pharmaceutical Care Department.

3.2. Narrow therapeutic index, biosimilar, and inhaled medications are required to go through the PTC coordinator as per the regulations of MOH and SFDA.

3.3. The generic switch for medications that exist in several strengths and forms should cover all strengths and/or forms available in the MOH Formulary.

3.4. Supply chain and pharmaceutical care department shall evaluate and approve alternative generic or brand products which may include multiple approved generics for the same brand in a sequence of preference based on pharmaceutical equivalency, registration status, bioequivalence, quality, manufacturer reputation, post-marketing surveillance reports, product availability, cost, patient acceptance, and safety.

3- السياسات:

3.1. قد يحل منتج الدواء الجنيسي أو العلامة التجارية محل بديل الدواء المتوفر في دليل وزارة الصحة ((MOH فقط بعد الموافقة على سلسلة التوريد، ومن خلال مراجعة من قبل منسق لجنة الصيدلة والعلاج (PTC) وبالتعاون مع قسم الرعاية الصيدلانية.

3.2. يجب على الادوية ذات المؤشر العلاجي الضيق، والمماثلة بيولوجيا، والأدوية المستنشقة ان يتم تمريرها من خلال منسق (PTC)لجنة الصيدلية والعلاج وفقا للوائح وزارة الصحة والهيئة العامة للغذاء والدواء.

3.3. يجب أن يغطي التبديل الجنيسي للأدوية الموجودة في تركيزاتها المختلفة وأشكالها المختلفة جميع التركيزات و / أو الأشكال المتوفرة في دليل وزارة الصحة.

3.4. يجب على إدارة سلسلة التوريد والرعاية الصيدلانية تقييم والموافقة على المنتجات الجنيسيةأو العلامات التجارية البديلة التي قد تشمل العديد من الأدوية الجنيسية المعتمدة لنفس العلامة التجارية بناء على سلسلة من الأفضليات على أساس معادلة الأدوية وحالة التسجيل والتكافؤ الحيوي والجودة وسمعة الشركة المصنعة وتقارير مراقبة ما بعد التسويق وتوافر المنتج والتكلفة وقبول المرضى للبديل والسلامة.

3.5. لا يسمح باستبدال الأدوية ذات المؤشر العلاجي الضيق

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Generic Medication Substitution استبدال الأدوية الجنيسة	Page 3 of 11
Department: PH	Policy Number: wasfaty-003EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

3.5. Generic or brand substitution of narrow therapeutic index (NTI) drugs, medication sensitive to manufacturing techniques and variability, or difficult to manufacture is not allowed unless absolutely necessary, as judged by PTC coordinator in collaboration with involved medical department.

(NTI)أو الأدوية الحساسة لتقنيات التصنيع والتنوع أو الادوية التي يصعب تصنيعها إلا إذا كانت ضرورية للغاية، بناء على حكم منسق لجنة الصيدلية والعلاج (PTC) وبالتعاون مع القسم الطبي المشارك.

4- PROCEDURES:

4.1. Forward a request for brand or generic substitution:

4.1.1. The Supply Chain Management will forward the request of brand or generic substitution request pharmaceutical care department and copy PTC coordinator. A sample of the requested generic substitute should accompany the request for evaluation when applicable (especially if it is not a familiar company or if the item is in non-English labeling). (see 6.1)

4.1.2. The request should clearly justify the switching from the Formulary item to new generic (ex. Cost savings, discontinuation, recall, shortage in supply, etc.).

4.1.3. Submit the request on standard format (Appendix-B) and Generic Medication Substitution Checklist:) Appendix-C)

4.2. Assess Pharmaceutical equivalence and evaluate if the bioequivalence requirements have been met through the Orange Book:

4.2.1. The generic or brand product substitute must be pharmaceutically equivalent to the formulary item.

4.2.2. Generic or brand product that is not pharmaceutically equivalent is not acceptable.

4.2.3. The official SFDA website will serve as reference to determine if the generic product has passed the bioequivalence requirements and registration.

4.3. Check the approval/registration status of the generic product that will be evaluated:

4.3.1. Generic product must be registered in Saudi Arabia. In case no product is registered by SFDA, then it has to be registered in one of the four reference countries/regulatory bodies (USA, UK, Canada, EMA)

4- الإجراءات:

4.1. إعادة توجيه طلب للحصول على العلامة التجارية أو استبدال جنيسى:

4.1.1. ستقوم إدارة سلسلة التوريد بإحالة طلب استبدال العلامة التجارية أو طلب الاستبدال الجنيسى لقسم الرعاية الصيدلانية وارسال نسخة الى منسق لجنة الصيدلية والعلاج (PTC) . وينبغي أن تصاحب عينة من البديل الجنيسى المطلوب مع طلب التقييم عند الاقتضاء (لا سيما إذا لم تكن الشركة مألوفة أو إذا كان وصف الدواء بلغة غير إنكليزية). (انظر 6.1)

4.1.2 ينبغي أن يبرر الطلب بوضوح سبب التحول من البند الموجود بالدليل إلى البند الجنيسى الجديد (مثل توفير التكاليف، والانقطاع، والاسترجاع، والنقص في الإمدادات، وما إلى ذلك).

4.1.3. تقديم الطلب يتم باستخدام النموذج القياسي المعتمد (التذييل- (B) وقائمة التحقق من استبدال الأدوية الجنيسة: (التذييل-C).

4.2. سوف يتم تقييم التكافؤ الصيدلاني وتقييم ما إذا كانت متطلبات التكافؤ البيولوجي قد تم الوفاء بها من خلال الكتاب البرتقالي:

4.2.1. يجب أن يكون بديل المنتج الجنيسى أو العلامة التجارية مكافئًا للمنتجات الصيدلانية للعنصر في الدليل.

4.2.2. المنتجات الجنيسية أو منتجات العلامة التجارية التي لا تعادل الأدوية سوف لا تقبل.

4.2.3. سيكون الموقع الرسمي للهيئة (SFDA) وبمثابة المرجع لتحديد ما إذا كان المنتج الجنيسى قد اجتاز متطلبات التكافؤ البيولوجي والتسجيل.

4.3. التحقق من حالة الموافقة/ التسجيل للمنتج الجنيسى الذي سيتم تقييمه:

4.3.1. يجب تسجيل المنتج الجنيسى في المملكة العربية السعودية. في حالة عدم تسجيل أي منتج من قبل الهيئة العامة للغذاء والدواء، فيجب تسجيله

4.3.2 For generic products manufactured outside the US, Canada, UK, or EMA, the product must be already in use in at least one of the main hospitals in the Saudi Arabia prior to its admission to MOH.

4.4. Assess the therapeutic class of the drug requiring generic or brand substitution by pharmaceutical care department:

4.4.1. Generic or brand substitution of narrow therapeutic index (NTI) drugs, medication sensitive to manufacturing techniques and variability, medications that are difficult to manufacture, biosimilar, or inhaled medications is not allowed unless absolutely necessary as judged by PTC committee.

4.4.2. Switching formulary product of the above medications in 4.1 to other generic/brands alternative shall take place only after PTC notification to the prescribers, accompanied by appropriate monitoring of patients to identify and prevent any unexpected or untoward patient response due to variation in drug bioavailability/effect.

4.4.3. NTI drugs include; but not limited to; digoxin, phenytoin, carbamazepine, warfarin, cyclosporine, tacrolimus, sirolimus, etc.

4.4.4. Medications sensitive to manufacturing technique, or are difficult to manufacture include; but not limited to, levothyroxine, metered dose inhalers, patches, vaccines, etc.

4.5. If evaluation in 2 does not yield a result on bioequivalence, retrieve and evaluate information regarding the bioequivalence based on bioequivalence studies and product literature:

4.5.1. Bioequivalence studies must be approved by respective regulatory body.

4.5.2. Review product literature provided by the drug company including bioequivalence studies when needed.

4.6. Retrieve and request the information regarding the quality of generic or brand substitute:

4.6.1. Evaluate pharmaceutical elegance of products e.g., broken tablets, powder in bottles…etc.

4.6.2 Notify Generic Substitutions to hospitals, physicians, pharmacists and patients.

في أحد البلدان المرجعية الأربعة / الهيئات التنظيمية (الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة وكندا و(EMA).

4.3.2 بالنسبة للمنتجات العامة المصنعة خارج الولايات المتحدة أو كندا أو المملكة المتحدة أو EMA، يجب أن يكون المنتج قيد الاستخدام بالفعل في واحد على الأقل من المستشفيات الرئيسية في المملكة العربية السعودية قبل قبوله في وزارة الصحة.

4.4. يتم تقييم الفئة العلاجية للدواء التي تتطلب استبدال جنيسي أو استبدال العلامة التجارية من قبل قسم الرعاية الصيدلانية:

4.4.1لا يُسمح باستبدال الأدوية ذات المؤشر العلاجي الضيق أو الأدوية الحساسة لتقنيات التصنيع وتباينها أو الأدوية التي يصعب تصنيعها والتي لها تشابه بيولوجي أو الأدوية المستنشقة إلا إذا كان ذلك ضروريا للغاية وحسب ما تقرره لجنة الصيدلية والعلاج (PTC).

4.4.2. سوف يتم تحويل المنتج في الدليل للأدوية المذكورة أعلاه في 4.1 إلى بدائل جنيسيه/ علامات تجارية أخرى فقط بعد قيام لجنة الصيدلية والعلاج (PTC)بإخطار الواصفين، مصحوبًا بمراقبة مناسبة للمرضى لتحديد ومنع أي استجابة غير متوقعة أو غير مرغوب فيها من قبل المريض بسبب الاختلاف في التوافر البيولوجي للأدوية / التأثير.

4.4.3 وتشمل العقاقير ذات المؤشر العلاجي الضيق- ولكن لا تقتصر على-: ديجوكسين، فينيتوين، كاربامازيبين، الوارفارين، السيكلوسبورين، تاكروليموس، سيروليموس، الخ.

4-4-4 وتشمل الأدوية الحساسة لتقنية التصنيع، أو التي يصعب تصنيعها- ولكن لا يقتصر على - ليفوثيروكسين، أجهزة الاستنشاق بجرعات مقننة، اللصقات، اللقاحات، الخ.

5-4 إذا لم يسفر التقييم في 2 عن نتيجة بشأن التكافؤ البيولوجي، فإن تسترجع وتقيّم المعلومات المتعلقة بالتكافؤ البيولوجي استناداً إلى دراسات التكافؤ البيولوجي ومؤلفات المنتجات:

4.5.1 يجب أن توافق الهيئة التنظيمية المعنية على دراسات التكافؤ البيولوجي.

4.5.2. يجب مراجعة المادة المطبوعة للمنتجات المقدمة من شركة الأدوية بما في ذلك دراسات التكافؤ الحيوي وذلك عند الحاجة.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Generic Medication Substitution استبدال الأدوية الجنيسة	Page 5 of 11
Department: PH	Policy Number: wasfaty-003EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.6.3. Obtain feedback from Supply Chain Management/NUPCO about the reputation of the manufacturer in terms of its ability to adhere to good manufacturing practices (GMP) standards is considered. Establishment Inspection Reports and recall reports are available from FDA through Freedom of Information (FOI) request or reports from SFDA for local products shall be retrieved if available.

4.7. Assess for continuous product supply:

4.7.1. Assess availability of local agent for the manufacturer.

4.7.2. Assess company commitment to the education of practitioners when needed, e.g. method of administration for new dosage form, stability information, etc.

4.7.3. Drug company manufacturer/local vendor should guarantee the consistency of the supply for 2-3 years according to NUPCO bidding contracts requirement.

4.7.4. Assess that the same company will supply all requested/required strengths of their generic/brand product.

4.7.5. Assure acceptable duration between product receipt and expiration (at least two third of the shelf life).

4.7.6. MOH shall not entertain a switch among generic or brand within one year or unless clearly necessary.

4.8. Evaluate factors that involve patient compliance and ease of administration:

4.8.1. MOH shall take into account the patient’s need when selecting from multi-source drug products. Such as availability of suitable dosage form for patient age.

4.9. Evaluate medication safety issues:

4.9.1. Look-alike, sound-alike products are not acceptable unless absolutely necessary.

4.9.2. The package insert and the outer package should be bi-lingual (English and Arabic) or English only. Any other languages are not acceptable. In cases where absolutely no alternative MOH will evaluate that product individually.

4.6. استرداد وطلب المعلومات المتعلقة بجودة العلامة الجنيسية أو بديل العلامة التجارية:

4.6.1. تقييم الكياسة والتأنق الصيدلاني للمنتجات مثل: الأقراص المكسورة ووجود مسحوق في الزجاجات ... الخ.

4.6.2 إخطار المستشفيات والأطباء والصيادلة والمرضى بالبدائل الجنيسية.

4.6.3. يتم اعتبار الحصول على التغذية الراجعة من إدارة سلسلة التوريد / NUPCO حول سمعة الشركة المصنعة من حيث قدرتها على الالتزام بمعايير ممارسات التصنيع الجيدة (GMP). تتوفر تقارير فحص المنشآت وتقارير الاستدعاء من إدارة الأغذية والعقاقير من خلال طلب حرية المعلومات (FOI) أو يتم الحصول على التقارير من الهيئة العامة للغذاء والدواء للمنتجات المحلية إذا كانت متوفرة.

4.7. تقييم التوريد المستمر للمنتجات:

4.7.1. تحديد توفر الوكيل المحلي للشركة المصنعة.

4.7.2. تقييم التزام الشركة بتعليم الأطباء الممارسين عند الحاجة، مثل طرق اعطاء جرعات الادوية الجديدة، ومعلومات عن استقرار هذه الادوية، وما إلى ذلك.

4.7.3. يجب أن تضمن الشركة المصنعة للأدوية / البائع المحلي اتساق وتطابق العرض لمدة 2-3 سنوات وفقًا لمتطلبات عقود عطاءات (NUPCO).

4.7.4. تقييم أن الشركة نفسها سوف توفر جميع تركيزات الدواء المطلوبة من المنتجات الجنيسة / ومنتجات العلامة التجارية.

4.7.5. ضمان مدة مقبولة بين استلام المنتج وانتهاء الصلاحية (ما لا يقل عن ثلثي مدة الصلاحية).

4.7.6. لا يجوز لوزارة الصحة إجراء تبديل بين العلامة الجنيسة أو العلامة التجارية في غضون عام واحد ما لم يكن ذلك ضروريًا بشكل واضح.

4.8. تقييم العوامل التي تنطوي على امتثال المريض وسهولة إعطاء الدواء:

4.8.1. تأخذ وزارة الصحة في الاعتبار حاجة المريض عند الاختيار من بين المنتجات الدوائية

4.9.3. For all non-bulk products, the containers must be child resistant, if possible.
4.9.4. Clear information on stability and storage conditions must be available.

4.10. Evaluate the cost of the generic or brand product compared to Formulary item:

4.10.1. Cost of the product should be considered in selecting among candidate generic or brand as judged by supply chain/NUPCO.

4.11. Finalize the decision for generic or brand substitution:

4.11.1. Obtain input from end-users only if deemed necessary.
4.11.2. Pharmaceutical Care department will inform Supply Chain Management about acceptance or rejection of product within two weeks. (it needs more involvement from supply chain team)
4.11.3. If the product is accepted, Pharmaceutical Care department will communicate with supply chain if this will be on permanent or temporary basis.
4.11.4. A list of approved generics for each brand will be sent to supply chain e.g. approved generic number 1, approved generic number 2, etc.
4.11.5. If product is accepted as temporary, original formulary product shall be reinstated once available. In case of rejection, the decision will be considered final for one year unless new data are provided or become available.

4.12. Review the temporary products on periodical basis:

4.12.1. Review the temporary products on periodical basis and assure that original formulary product is restocked.

4.13. Keep copy of the product evaluation and related documents:

4.13.1. Copy of the product evaluation and related documents will be kept in the Pharmaceutical Care department and Supply Chain Management.

متعددة المصادر. مثل توافر شكل جرعة مناسبة لعمر المريض.

4.9. تقييم موضوع سلامة الأدوية:

4.9.1. الادوية المتشابهة في الشكل والادوية المتشابهة في النطق(LASA) ليست مقبولة إلا إذا كان ذلك ضروريا للغاية.

4.9.2. يجب أن تكون النشرة الداخلية للعبوة وكذلك العبوة من الخارج ثنائية اللغة (باللغتين الإنجليزية والعربية) أو الإنجليزية فقط. أي لغات أخرى غير مقبولة. وفي الحالات التي لا يوجد لها بديل على الإطلاق تقوم وزارة الصحة بتقييم هذا المنتج بشكل فردي.

4.9.3. بالنسبة لجميع المنتجات غير السائبة، يجب أن تكون العبوات بغطاء مقاوم للفتح بواسطة الأطفال، إذا كان ذلك ممكنًا.

4.9.4. يجب أن تتوفر معلومات واضحة عن الاستقرار وظروف التخزين للدواء.

4.10. تقييم تكلفة المنتج الجنيسى أو منتج العلامة التجارية مقارنة بالموجود في الدليل:

4.10.1. تكلفة المنتج ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار عند الاختيار بين أكثر من مرشح جنيسى أو مرشح العلامة التجارية كما يفصل فيها من قبل سلسلة التوريد / NUPCO

4.11 .وضع الصيغة النهائية لقرار استبدال العلامة العامة أو العلامة التجارية:

4.11.1. الحصول على مدخلات من المستخدمين النهائيين فقط إذا لزم الأمر.

4.11.2. سيقوم قسم الرعاية الصيدلانية **بإبلاغ** إدارة سلسلة التوريد عن قبول أو رفض المنتج في غضون أسبوعين. (يحتاج إلى مزيد من المشاركة من فريق سلسلة التوريد)

4.11.3. إذا تم قبول المنتج، فإن قسم الرعاية الصيدلانية سيتواصل مع سلسلة التوريد إذا كان ذلك القبول سيكون على أساس دائم أو مؤقت.

4.11.4. سيتم إرسال قائمة بالأدوية العامة المعتمدة لكل علامة تجارية إلى سلسلة التوريد مثل الرقم العام المعتمد 1، والرقم العام المعتمد 2، وما إلى ذلك.

4.11.5. إذا تم قبول المنتج كمنتج مؤقت، يتم إعادة المنتج الأصلي الذي في الدليل بمجرد توفره. وفي حالة الرفض، يعتبر القرار نهائياً لمدة سنة واحدة ما لم تقدم بيانات جديدة أو تصبح متاحة.

4.12. مراجعة المنتجات المؤقتة على أساس دوري:

4.12.1. يتم مراجعة المنتجات المؤقتة على أساس دوري والتأكد من إعادة تخزين المنتج الأصلي.

4.13. الاحتفاظ بنسخة من تقييم المنتج والوثائق ذات الصلة:

4.13.1. سيتم الاحتفاظ بنسخة من تقييم المنتج والوثائق ذات الصلة في قسم الرعاية الصيدلانية وإدارة سلسلة التوريد.

5- RESPONSIBILITIES
5- المسئوليات:

.

6- FORMS:
6- النماذج:

7- REFERRANCES
7- المراجع:

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	



Appendix- B

Product Evaluation Request Form



Product Evaluation Request

To:	Date:
	Reference #:
Thru:	From: NUPCO/ Supply Chain

We are requesting your immediate assistance to please check; whether the following alternative is acceptable as substitute / replacement for item code:

Item Description		
Manufacturer		
Price		

☐ Sample Enclosed ☐ Documents

Department Reply

The Department has evaluated the alternative product and finds it:

☐ Acceptable ☐ Not Acceptable

If **Acceptable**, the item will serve as:

☐ A permanent replacement for current brand ☐ A temporary replacement once present brand is not available

If **not acceptable**, please state the reason:



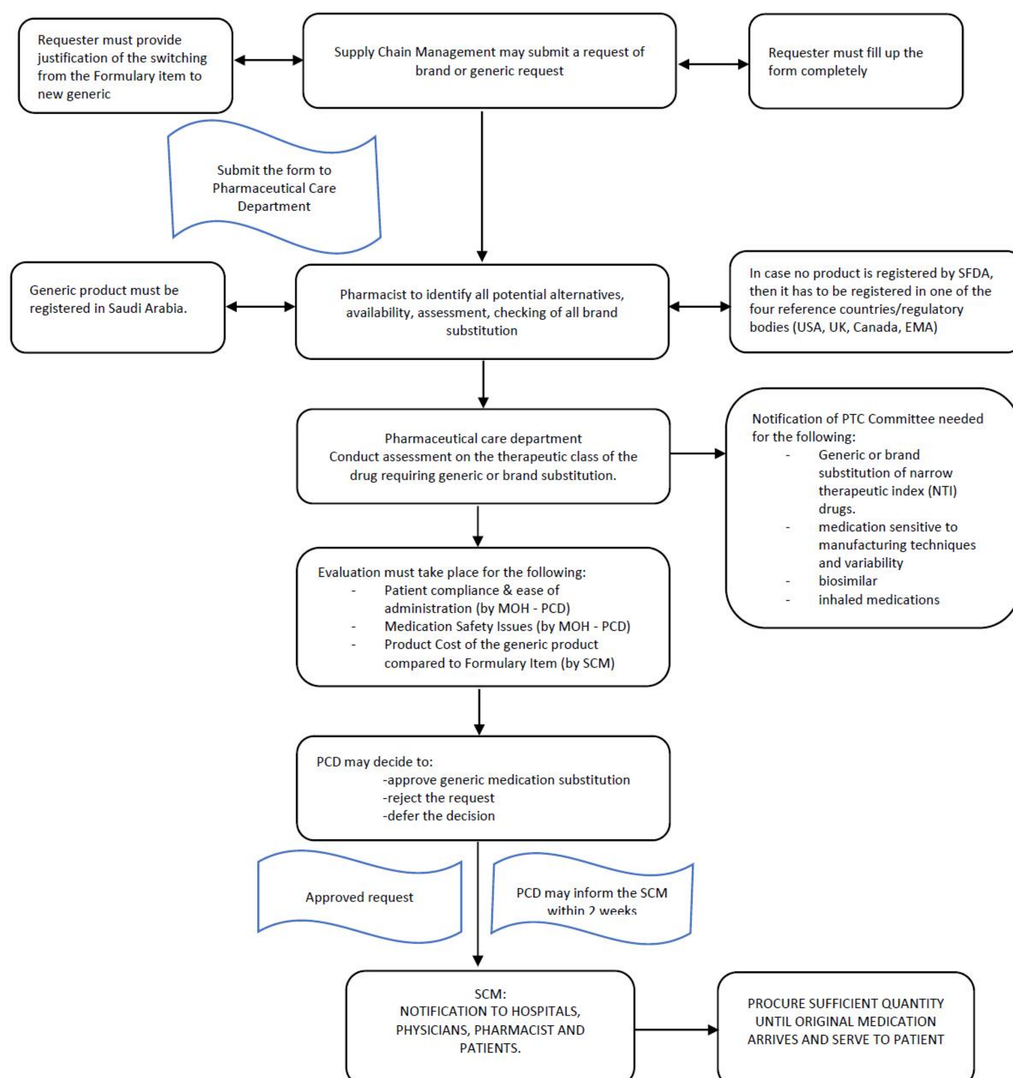
Appendix- C

Generic Medication Substitution Checklist



Generic Medication Substitution Checklist

Brand Name (Current):			**Dosage Form Description (Current):**		
Proposed Generic Name (Alternative Generic):			**Dosage Form Description (Alternative Generic):**		
Registration status (mark all that apply)			☐ SFDA ☐ US-FDA ☐ HC ☐ EMA	☐ Not Registered	
1. Drug Evaluation Form accompany (Package insert, picture of item, and quotation)	☐ Yes	☐ No	1. Narrow Therapeutic Index / Biosimilar Medication	☐ Yes	☐ No
2. Cost of current item per unit			2. Pharmaceutical equivalence acceptable?	☐ Yes	☐ No
3. Cost of suggested item per unit			3. If SFDA registered, skip # 5 and 6 below	☐ Yes	☐ No
4. Potential cost -savings value			4. Bioavailability for US product (Orange book codes) *If item is not USA registered move to point 5*	☐ Yes	☐ No
5. Potential cost inflation value			5. Bioequivalence acceptable through clinical review?	☐ Yes	☐ No
6. Product availability (Drug company should guarantee the consistency for 3 years through written documentation	☐ Yes	☐ No	6. Quality acceptable? (shape/container/coating/color) ☐ Sample not available	☐ Yes	☐ No
7. Acceptable Purchasing History of agent	☐ Yes	☐ No	7. History of Manufacturer/Drug recall	☐ Yes	☐ No
8. Manufacturer's reputation is acceptable as per MOH policy	☐ Yes	☐ No	8. Language of the product (outer & inside the package)	☐ English ☐ Arabic	☐ Other, ______
9. Used in other reputable hospital?	☐ Yes	☐ No	Pharmacy Comments: ☐ Recommend approval ☐ Require PTC Approval ☐ Recommend rejection		
10. Lead time					
11. Relevant documents have been submitted to Pharmacy?	☐ Yes	☐ No			


وزارة الصحة
Ministry of Health
Appendix D
Generic Medication Substitution Workflow
Requester must provide justification of the switching from the Formulary item to new generic
Supply Chain Management may submit a request of brand or generic request
Requester must fill up the form completely
Submit the form to Pharmaceutical Care Department
Generic product must be registered in Saudi Arabia.
Pharmacist to identify all potential alternatives, availability, assessment, checking of all brand substitution
In case no product is registered by SFDA, then it has to be registered in one of the four reference countries/regulatory bodies (USA, UK, Canada, EMA)
Pharmaceutical care department Conduct assessment on the therapeutic class of the drug requiring generic or brand substitution.
Notification of PTC Committee needed for the following:
- Generic or brand substitution of narrow therapeutic index (NTI) drugs.
- medication sensitive to manufacturing techniques and variability
- biosimilar
- inhaled medications
Evaluation must take place for the following:
- Patient compliance & ease of administration (by MOH - PCD)
- Medication Safety Issues (by MOH - PCD)
- Product Cost of the generic product compared to Formulary Item (by SCM)
PCD may decide to:
-approve generic medication substitution
-reject the request
-defer the decision
Approved request
PCD may inform the SCM within 2 weeks
SCM: NOTIFICATION TO HOSPITALS, PHYSICIANS, PHARMACIST AND PATIENTS.
PROCURE SUFFICIENT QUANTITY UNTIL ORIGINAL MEDICATION ARRIVES AND SERVE TO PATIENT
www.moh.gov.sa | 937 | SaudiMOH | MOHPortal | SaudiMOH | Saudi_Moh

وزارة الصحة
Ministry of Health

Appendix- A

International Centers for Conducting Bioequivalence Studies Gulf Countries

International Centers for Conducting Bioequivalence Studies Gulf Countries	
Gulf Countries	1. Faculty of pharmacy, King Saud University 2. King Faisal Specialist Hospital and Research Center, Riyadh
Arab Countries	1. International Pharmaceutical Research Center (IPRC), Jordan 2. Acdima Center for Bioequivalence and Pharmaceutical Studies, Jordan

www.moh.gov.sa | 937 | SaudiMOH | MOHPortal | SaudiMOH | Saudi_Moh

Applied To: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Pharmacy Medication Prescribing, Dispensing, and Refilling الصيدلية ووصف الأدوية وصرفها وأعاده الصرف Page 1 of 12	
Department: PH	Policy Number: -wasfaty-001EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE

1.1 To outline the process of prescribing, dispensing, and refilling medications for patients seen at the Ministry of Health (MOH). Community Pharmacy shall provide the .Pharmaceutical Care needs to MOH patients

As part of the Ministry mission, it is the goal to provide patients with their medication needs in well-labeled and appropriate containers and to counsel the patients regarding proper use of the medication in order to maximize benefits and reduce risks.

1- الغرض:

1.1 التخطيط لعمليه وصف وصرف وأعاده صرف الأدوية للمرضي الذين ينظر إليهم في وزاره الصحة. تقوم صيدلية المجتمع بتوفير الرعاية الدوائية لمرضي وزاره الصحة.

وكجزء من مهمة الوزارة، فان الهدف هو تزويد المرضي باحتياجاتهم الدوائية في حاويات ملائمة عليها معلومات استخدام دقيقة وتقديم المشورة للمرضي فيما يتعلق بالاستخدام السليم للدواء من أجل تعظيم الفوائد وتقليل

2- DEFINITIONS:

2.1 Formulary Drugs: Drugs that have been approved to be on the MOH Formulary.
2.2 Formulary Restricted Drugs: Drugs that are restricted by Pharmacy and Therapeutic (PTC) Committee to specific clinical indications or may only be
prescribed by specific specialists.
2.3 Unlicensed/Unapproved Use of Medication: A Form that should be completed by the prescriber before ordering a medication with evidence for an unlicensed (unlabeled)/unapproved indication, dose, duration, route, or age range for a patient at MOH.
2.4 Physician contact: A contact information containing the full name and Mobile phone number of the physician. The information must fit in the designated space on the prescription.
2.5 Medication dispensing process: Involves retrieving/receiving, verifying/checking, clarifying medication order as required, the order/prescription; dispensing of medication; and patient counselling on use of medications.
2.6 Medication Refill: Means the re-dispensing of a previously prescribed medication by the concerned physician or designee.

2- التعريفات:

2.1 دليل الأدوية: الأدوية التي تمت الموافقة عليها لتكون على قائمة الادوية الخاصة بوزارة الصحة
2.2 ع دليل الأدوية المقيدة: الأدوية التي تقيدها لجنه الصيدلة والعلاج الدوائي للمؤشرات السريرية المحددة أو التي لا يمكن وصفها الا من قبل متخصصين محددين.
2.3 استخدام الأدوية غير المرخصة/غير المعتمدة: نموذج يجب ان يستكمل من قبل الواصف قبل طلب الدواء مع الأدلة علي، الجرعة، والمدة، والطريق، أو المدى العمري للمريض في وزاره الصحة.
2.4 بيانات التواصل بالطبيب: معلومات الاتصال التي تحتوي على الاسم الكامل ورقم الهاتف المحمول للطبيب. يجب ان تتطابق المعلومات في المساحة المخصصة للوصفة الطبية.
2.5 عمليه صرف الأدوية: تتضمن استرجاع/استقبال، التحقق/الفحص، توضيح أمر الدواء كما هو مطلوب، الأمر/الوصفة الطبية؛ الاستغناء عن الدواء؛ وتقديم المشورة للمرضي بشأن استخدام الأدوية.
2.6 إعادة الصرف: تعني أعاده صرف الأدوية الموصوفة سابقا من قبل الطبيب المختص أو من ينوب عنه

Applied To: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Pharmacy Medication Prescribing, Dispensing, and Refilling الصيدلية ووصف الأدوية وصرفها وأعاده الصرف Page 2 of 12	
Department: PH	Policy Number: -wasfaty-001EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

2.7 Adverse Drug Reaction (ADR): Any noxious, unintended, undesirable, or unexpected response to a drug that occurs at doses used in humans for prophylaxis, diagnosis, therapy of disease, or for modification of psychological function. This definition is understood to exclude predictable, dose-related side effects due to drugs, which results in little or no change in patient management, and in particular, mild extrapyramidal side effects due to neuroleptic drug therapy

2.8 Community Pharmacy: is a pharmacy that deals directly with people in the local area. It has responsibilities including compounding, counseling, checking and dispensing of prescription drugs to the patients with care, accuracy, and legality. A community pharmacy has appropriate procurement, storage, dispensing and documentation of medicines. and involves a registered pharmacist with the education, skills and competence to deliver the professional service to the community

2.9 Validity of Prescription: is the period from the date of Entering/writing to the date of filling/dispensing the order/prescriptions

2.10 Prescriptions duration: is the duration of which the prescribed medications is refilled.

2.11 Medication Error: Any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of health care professional, patient, or consumer. A medication error can be source of significant morbidity in the health care setting if a mistake occurs in any step of the medication management process or system (e.g. prescribing, transcribing, dispensing, administrating, monitoring or storing).

2.12 Significant Medication Error: Any medication error that if not prevented may cause significant harm to the patient (i.e. permanent harm or death).

2.13 Drug recall: The recall of defective or possibly harmful product by Saudi Food and Drug Authority (SFDA)

2.14 Refrigerate: 2-8 degree Celsius.

2.7 التفاعلات العكسية للدواء (ADR): اي استجابة ضاره، غير مقصودة، غير مرغوب فيها، أو غير متوقعه للدواء والذي يحدث مع الجرعات المستخدمة للوقاية، والتشخيص، والعلاج من المرض، أو لتعديل وظيفة نفسيه. ويفهم هذا التعريف لاستبعاد الآثار الجانبية التي يمكن التنبؤ بها بسبب الدواء، مما يؤدي إلى عدم تغيير التغيير قليل في الخطة العلاجية للمريض، وعلي وجه الخصوص، اثار جانبيه خفيفة خارج الهرمية بسبب العلاج بالعقاقير العصبية

2.8 صيدلية المجتمع: هي الصيدلية التي تتعامل مباشره مع الناس في المنطقة المحلية. لديها مسؤوليات بما في ذلك، المشورة، والتحقق وصرف الأدوية الموصوفة للمرضي مع الرعاية والدقة والاهلية. صيدلية المجتمع لديها لديها أماكن مناسبة للشراء والتخزين وصرف الأدوية وتوثيقها. وبها صيدلي مسجل مع التعليم والمهارات والكفاءة لتقديم الخدمات المهنية للمج

2.9 صلاحية الوصفة الطبية: هي الفترة من تاريخ ادخال البيانات/الكتابة إلى تاريخ صرف الوصفات

2.10 مده الوصفات: هي مده أعاده صرف الأدوية الموصوفة.

2.11 الخطاء الدوائي: اي حدث يمكن الوقاية منه قد يسبب أو يؤدي إلى استخدام غير المناسب للدواء او إيذاء المريض وذلك اثناء وجود الدواء تحت تصرف الطاقم الطبي او المريض أو المستهلك. يمكن ان يكون الخطأ الدوائي مصدرا خطيرا للمراضة في الرعاية الصحية إذا حدث خطا اثناء اي خطوه من عمليه أداره الدواء أو النظام (على سبيل المثال، الوصف، والنسخ، الصرف، والإدارة، والرصد أو التخزين)

2.12 الخطاء الدوائي الخطير: اي خطا في الدواء ان لم يمنع قد يسبب ضررا كبيرا للمريض (اي الضرر الدائم أو الوفاة).

2.13 استدعاء الدواء استدعاء المنتجات المعيبة أو ربما الضارة من قبل الهيئة السعودية للغذاء والدواء

2.14 في الثلاجة: 2-8 درجه مئوية.

2.15 التجميد: اقل من 0 درجه مئوية

2.16 المواد الكيميائية الخطرة: اي ماده قابله للاشتعال، السامة، أو المنتجات المسببة للتاك

2.17 تاريخ انتهاء الصلاحية: يشير إلى التاريخ (الشهر والسنه) المشار اليها من قبل الشركة المصنعة للأدوية علي حزمه الدواء في نهاية ذلك التاريخ فان فعالية الدواء لن تكون صالحه بعده

Applied To: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Pharmacy Medication Prescribing, Dispensing, and Refilling الصيدلية ووصف الأدوية وصرفها وأعاده الصرف Page 3 of 12	
Department: PH	Policy Number: -wasfaty-001EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

2.15 Freeze: below 0 degree Celsius

2.16 Hazardous Chemical Material: Any flammable material, poisonous, or corrosive product.

2.17 Expiry Date: Refers to the date (month and year) indicated by the drug manufacturer on the medication/drug package at the end of which the efficacy of the drug will no longer be valid.

3- POLICY:

3.1 The Community Pharmacy has the responsibility of preparation and dispensing of clinic prescriptions including filling, refilling prescriptions according to the rules and regulations of the MOH

3.2 Validity of Prescriptions: the maximum period from the date of Entering/writing to the date of filling/dispensing the order/prescriptions up to 7 days.

3.3 Prescriptions duration is up to 1 year for non-controlled medications.

3.4 Quantities shall be dispensed in the interests of patient safety, cost containment, proper medication storage, and efficient utilization of supplies/inventory is 1 month for non-controlled medications except for chronic medications such as diabetic, hypertensive, and dyslipidemia agents up to 3 months.

3.5 Authorization for prescribing should follow MOH restrictions and guidelines as stated in MOH formulary.

3.6 Medication that are dispensed in a quantity less than the container/package size is only allowed if the patient course of therapy requires less than the whole package according to the procedure outlined in this document.

3.7 The Community Pharmacy has an effective and consistent system on how to handle medication errors, give appropriate instructions and precautions on how to identify report, intervene, and analyze medication errors.

3.8 The Community Pharmacy has an effective system

3- السياسات:

3.1 صيدلة المجتمع مسؤوله عن اعداد وصرف الوصفات الطبية بما في ذلك ملء وأعاده ال الوصفات الطبية وفقا لقواعد ولوائح وزاره الصحة

3.2 صلاحيه الوصفات الطبية: الفترة القصوى من تاريخ ادخال البيانات/الكتابة إلى تاريخ الملء/الصرف الوصفات الطبية لمده تصل إلى 7 أيام.

3.3 مده الوصفات الطبية تصل إلى سنه واحده للأدوية غير الخاضعة للرقابة.

3.4 الكميات المصروفة يجب ان يتوفر بها سلامه المرضي، واحتواء التكاليف، والتخزين المناسب، والاستخدام الفعال للإمدادات/المخزون هو 1 شهر للأدوية غير الخاضعة للرقابة باستثناء الأدوية المزمنة مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، وعوامل عسر الدهون تصل إلى 3 أشهر.

3.5ينبغي ان يتبع الاذن بالوصف القيود والمبادئ التوجيهية التي وضعتها وزاره الصحة.

3.6الأدوية التي يتم صرفها في كميه اقل من حجم الحاوية/العبوه مسموح بها فقط إذا كانت فترة المريض في العلاج تتطلب اقل من العبوه بأكملها وفقا للأجراء الموضح في هذه الوثيقة.

لدى صيدلية المجتمع نظام فعال ومتسق حول كيفية التعامل مع أخطاء الأدوية، وإعطاء التعليمات والاحتياطات المناسبة حول كيفية تحديد التقارير والتدخل وتحليل الأخطاء الدوائية.

لدى صيدلية المجتمع نظام فعال يتسق مع لوائح وزارة الصحة ومعايير CBAHI فيما يتعلق باستدعاءات الدواء.
يجب إزالة جميع المنتجات التي تم استدعاؤها من مناطق قسم

that is consistent with MOH regulations and CBAHI standards regarding the drug recalls.

3.9 All recalled products should be removed from pharmacy section areas.

3.10 The Prescriber must document all known allergies and patients with no known allergies must be labeled as NKA (No known allergies).

الصيدلة.

يجب على الواصف توثيق جميع أنواع الحساسية المعروفة ويجب أن يتم تصنيف المرضى الذين لا يعانون من أي حساسية معروفة باسم NKA (لا توجد حساسية معروفة).

4- PROCEDURES:

4 الإجراءات:

4.1 Prescribing:

4.1.1 Drugs shall be ordered/prescribed entered/written by an authorized prescriber according to MOH regulations within their area of expertise/ scope of practice.

4.1.2 Prescribers shall refer to the approved reliable and up-to-date information resource (e.g. MOH Formulary,)

4.1 وصف الأدوية:

4.1.1 طلب الأدوية / ووصفها يتم إدخاله كتابة من قبل الواصف المعتمد وفقا للوائح وزارة الصحة في مجال خبرتهم (نطاق الممارسة)

4.1.2 يجب على الواصفين الرجوع إلى مورد المعلومات المعتمد ة والحديثة (مثل FORMULARY وزارة الصحة.

4.2 Receiving Prescriptions:

4.2.1 Patient will receive a text message (SMS) containing the prescription number with prescription details and the closest pharmacy for pick up.

4.2.2 Pharmacist shall identify patient correctly using 2 identifiers (full name and Saudi ID number).

4.2.3 Outpatient medication orders entered by prescriber through the system are viewed/retrieved by pharmacist through the community pharmacy system

4.2 تلقي الوصفات الطبية:

4.2.1 سيتلقى المريض رسالة نصية (SMS) تحتوي على رقم الوصفة الطبية مع تفاصيل الوصفة الطبية وأقرب صيدلية للصرف.

4.2.2 يجب على الصيدلي تحديد المريض بشكل صحيح باستخدام معرفين (الاسم الكامل ورقم الهوية السعودية).

4.2.3 يتم عرض أوامر الأدوية الخارجية التي يدخلها الواصف من خلال النظام من قبل الصيدلي من خلال نظام الصيدلة المجتمعية

4.3 Verifying and Processing Orders/Prescription

4.3.1 The information on the prescription shall be complete, clear, and legible.

4.3.2 Valid date.

4.3.3 Right patient (as in 4.2.2).

4.3.4 Right indication(s).

4.3.5 Patient allergies must document of all known

4.3. التحقق من الطلبات ومعالجة/ الوصفة الطبية:

4.3.1 أن تكون المعلومات الواردة في الوصفة كاملة وواضحة ومقروءة.

4.3.2 تاريخ صالح.

4.3.3 المريض الصحيح (كما هو الحال في 4.2.2).

4.3.4 الدواعي الصحيحة.

4.3.5 حساسية المريض، يجب أن توثيق جميع انواع الحساسية

allergies no known allergies must be labeled as NKA (No known allergies).

4.3.6 Right drug name.

4.3.7 Right dose according to age and/or patient's weight, or body surface are (BSA, if applicable e.g. pediatric patients). The pharmacist shall verify the dose independently.

4.3.8 Right dosage form for patient's age and clinical condition.

4.3.9 Right frequency.

4.3.10 Right route.

4.3.11 Right duration of therapy.

4.3.12 If there is any change in (4.3.4, 4.3.7 – 4.3.11) an Unlicensed/Unapproved Use of Medication (Appendix A) with evidence should be provided by prescriber.

4.3.13 Right special instructions (e.g. storage,

4.3.14 Applicable Pharmacy and Therapeutic (PTC) restrictions, guidelines and regulations are observed (e.g. drug restrictions, appropriate forms completed if indicated).

4.3.15 No unapproved abbreviations used.

4.3.16 Check for Serious/major Drug-drug interactions and drug-food/disease interactions.

4.3.17 Check for duplicate therapy.

4.4 The pharmacist shall contact the prescriber and shall document the clarification.

4.4.1 The electronic prescription has the prescriber's full name, rank, and contact number.

4.4.2 The pharmacist has the authority to refuse to fill an incomplete or illegible prescription at his/her professional discretion. In such situations, the pharmacist shall discuss it with prescriber. The patient shall be informed of the final decision.

4.4.3 Questions or clarifications regarding drug, dosage form, and other matters related to the drug shall be resolved directly between the pharmacist and the physician by:

يجب أن توصف الحساسية الغير معروفة بكتابة
NKA

4.3.6 اسم الدواء الصحيح.

4.3.7 الجرعة المناسبة وفقًا للعمر و/أو وزن المريض، أو سطح الجسمBSA) ، إن وجدت على سبيل المثال مرضى الأطفال). يجب على الصيدلي التحقق من الجرعة بشكل مستقل.

4.3.8 شكل الجرعة الصحيحة لعمر المريض وحالته السريرية.

4.3.9 التكرار الصحيح للجرعة.

4.3.10 طريقة اخذ الدواء الصحيحة.

4.3.11 المدة الصحيحة للعلاج.

4.3.12 إذا كان هناك أي تغيير في (4.3.4، 4.3.7 – 4.3.11) يجب توفير استخدام غير مرخص / غير معتمد للدواء) التذييل A) مع الأدلة من قبل الواصف.

4.3.13 تعليمات خاصة صحيحة (مثل التخزين،).

4.3.14 يتم مراعاة القيود والمبادئ التوجيهية واللوائح المعمول بها في الصيدلة والعلاج (مثل قيود الأدوية، والنماذج المناسبة التي يتم إكمالها إذا تمت الإشارة).

4.3.15 لا توجد اختصارات غير معتمدة مستخدمة.

4.3.16 التحقق من التفاعلات الخطيرة / الرئيسية للدواء التفاعلات الغذائية
الدوائية

4.3.17 تحقق من وجود علاج مكرر

4.4. . يجب على الصيدلي الاتصال بواصف الوصفات وبتوثيق التوضيح

4.4.1 الوصفة الإلكترونية على الاسم الكامل للواصف ورتبته ورقم الاتصال به.

4.4.2 للصيدلي سلطة رفض ملء وصفة طبية غير مكتملة أو غير مقروءة حسب تقديره المهني. في مثل هذه الحالات، يناقش الصيدلي مع الواصف. ويجب إبلاغ المريض بالقرار النهائي.

4.4.3 يتم حل الأسئلة أو التوضيحات المتعلقة بالدواء، وشكل الجرعة، وغيرها من المسائل المتعلقة بالدواء مباشرة بين الصيدلي والطبي

- Call the prescriber contact number shown in Wasfaty system for 3 times within 15 min.
- If no response, the pharmacists shall call 937, select service (2) “medical consultation”, the physicians will be able to (change, delete and prescribe) according to the nature of request on Wasfaty system.
- The pharmacists shall dispense all remaining medications, and follow the recommendations set by 937 after proper documentation

4.4.4 In case of substitution of drug or dosage form, the pharmacist shall notify the prescriber directly. the physician shall document any changes. The pharmacist needs to educate the patient about any changes in drug product.

4.5 Preparing/Filling Order/Prescription

4.5.1 Confirm that the following information on the label matches the prescription [patients name, ID number, drug, dose, dosage form for patient’s age and clinical condition, right route, frequency, expiry, stability date, duration, special instructions, date of Prescription or Issue date, Pharmacy’s serial, prescription number (contains the area, date, and time of prescription), name of prescribing physician, refill information for patients already in the system

4.5.2 Affix label on the medication container/pack

4.5.3 Affix auxiliary label\(s) if applicable (e.g. keep refrigerated)

4.6 Dispensing Medication

4.6.1 The pharmacist shall confirm the medication content/medication container matches the label. Medication that are dispensed in a quantity less

- اتصل برقم الاتصال الموصوف المبين في نظام وصفتي لمدة 3 مرات في غضون 15 دقيقة.
- إذا لم يرد أي رد، يجب على الصيادلة الاتصال بـ 937، اختيار الخدمة (2) "الاستشارة الطبية"، سيتمكن الأطباء من (التغيير والحذف والوصف) وفقًا لطبيعة الطلب على نظام وصفتي.
- يقوم الصيادلة بصرف جميع الأدوية المتبقية، واتباع التوصيات التي حددها 937 بعد التوثيق السليم

4.4.4 في حالة استبدال الدواء أو شكل الجرعة، يجب على الصيدلي إخطار الواصف مباشرة. يجب على الطبيب توثيق أي تغييرات. يحتاج الصيدلي إلى تثقيف المريض حول أي تغييرات في منتج الدواء

4.5. إعداد وملء نظام الوصفة طبية

4.5.1 تأكد من أن المعلومات التالية على الملصق تتطابق مع الوصفة الطبية [اسم المرضى ، رقم الهوية ، الدواء ، الجرعة ، شكل الجرعة لعمر المريض وحالته السريرية ، الطريق الصحيح ، التردد ، انتهاء الصلاحية ، تاريخ الاستقرار ، المدة ، التعليمات الخاصة ، تاريخ الوصفة الطبية أو تاريخ الإصدار، المسلسل الصيدلية، رقم وصفة طبية (يحتوي على المنطقة والتاريخ والوقت من)، اسم الطبيب، معلومات إعادة ملء للمرضى بالفعل في النظام

4.5.2 لصق التسمية على حاوية الدواء

4.5.3 لصق التسمية الإضافية إذا كان ذلك ممكنا (على سبيل المثال الحفاظ عليها في المبرد)

4.6. صرف الأدوية

4.6.1 يجب على الصيدلي تأكيد محتوى الدواء / حاوية الدواء يطابق التسمية. لا يُسمح بتناول الدواء الذي يتم صرفه بكمية أقل من حجم الحاوية/الحزمة إلا إذا كان مسار المريض من العلاج يتطلب أقل من الحزمة بأكملها. يجب استخدام تسمية الدواء التي تحتوي على اسم الدواء العلمي والعلامة التجارية والقوة ورقم اللوث وانتهاء الصلاحية والكمية لجميع الاستغناء الجزئي

than the container/package size is only allowed if the patient course of therapy requires less than the whole package. Medication label that contains medication scientific name, brand, strength, lot number, expiration and quantity must be used for all partial dispensing

4.6.2 The pharmacist shall check each medication against the label and order/prescription before dispensing for the following:

- 4.6.2..1 Right patient (confirm by checking printed name on prescription as
- 4.6.2..2 applicable/asking the patient/guardian for patient’s full name and Saudi ID number.(
- 4.6.2..3 Right drug. Confirm that the drug matches the System order/prescription and the label.
- 4.6.2..4 The prepared product should be visually inspected for correct volume, contents and physical stability.
- 4.6.2..5 Right route.
- 4.6.2..6 Right dose. Confirm that the correct dose for age, weight (mg/kg) and BSA match the prescription and label.
- 4.6.2..7 Right frequency.
- 4.6.2..8 Right and complete auxiliary labels/instructions, if applicable.
- 4.6.2..9 Right expiry (the medication that are going to be expired within 3 months should be marked and labeled), stability date.
- 4.6.2..10 Right duration.

4.6.3 If the medication prepared/filled by pharmacist, the same pharmacist shall check the medication and sign.

4.6.4 If the medication was prepared by pharmacist technician, a pharmacist, shall check the medication, including independent checking of medication and dose before dispensing, and sign.

4.6.2 يقوم الصيدلي بالتحقق من كل دواء على الملصق والنظام / الوصفة الطبية قبل صرف ما يلي:

- المريض الصحيح (تأكيد عن طريق التحقق من الاسم المطبوع على وصفة طبية كما
- ينطبق / يسأل المريض او الوصي عن الاسم الكامل للمريض ورقم الهوية السعودية.
- العقار المناسب تأكد من أن الدواء يطابق النظام والاسم الملصق.
- يجب فحص المنتج المعد بصريًا بحثًا عن الحجم الصحيح والمحتويات والاستقرار المادي.
- طريقة اخذ الدواء الصحيح.
- الجرعة المناسبة تأكد من أن الجرعة الصحيحة للعمر والوزن (ملغم /كجم) و BSAتتطابق مع الوصفة والتسمية.
- التكرار الصحيح.
- التسميات/التعليمات الإضافية الصحيحة والكاملة، إن وجدت.
- انتهاء الصلاحية المطابق (يجب وضع علامة على الدواء الذي ستنتهي صلاحيته في غضون 3 أشهر وتسميته)، تاريخ الاستقرار.
- المدة الصحيحة.

4.6.3 إذا كان الدواء الذي أعده / شغله الصيدلي، يجب على الصيدلي نفسه التحقق من الدواء والتوقيع.

4.6.4 إذا تم إعداد الدواء من قبل فني صيدلي، يجب على صيدلي التحقق من الدواء، بما في ذلك الفحص المستقل للدواء والجرعة قبل صرفه، والتوقيع.

4.6.5 في الحالات التالية، يجب على الصيدلي الثاني التحقق من الدواء قبل صرف

- أدوية عالية الخطورة
- تخفيض الجرعات (مثل المنشطات ومضادات الاختلاج وغيرها)
- جرعات الأطفال
- متشابهة الشكل او النطق
-

Applied To: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Pharmacy Medication Prescribing, Dispensing, and Refilling الصيدلية ووصف الأدوية وصرفها وأعاده الصرف Page 8 of 12	
Department: PH	Policy Number: -wasfaty-001EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.6.5 In the following situations, a second pharmacist shall check the medication before dispensing

- High Alert Drugs
- Tapering Doses (e.g. steroids, anticonvulsants, others)
- Pediatric Doses
- Look alike and sound alike medication

4.7 Counselling

4.7.1 Name of medication

4.7.2 Intended use of the medication

4.7.3 The proper use of the medication which includes:

- Dose, frequency, route of administration and duration of treatment.
- If applicable, take before or after meals, take with juice or water, or plenty of fluids, do not take with dairy products, common pertinent drug-food interaction.
- Common pertinent drug-drug interactions.
- The potential side effects of the medication, if the drug may change the color of urine or stool, if medication may cause drowsiness to stress the patient not to drive or operate a machine while taking the medication, what to do in case of severe/bothersome reactions to the medications.
- The proper storage of medication (e.g. if the medication should be stored in the fridge.

4.7.4 Inform patient on any particularities of the prescription(s) and its refills. The next refill will be valid a week before its due. The patient can call and request home delivery.

- Inform the patient that the color or shape of the drug has changed or is from a different manufacturer.
- If the medication will expire soon.

4.7. المشورة

4.7.1 اسم الدواء

4.7.2 الاستخدام المقصود للدواء

4.7.3 الاستخدام السليم للدواء الذي يتضمن

- الجرعة والتكرار وطريقة الاعطاء ومدة العلاج.
- إذا كان ذلك ممكنا، واتخاذ قبل أو بعد وجبات الطعام، واتخاذ مع عصير أو الماء، أو الكثير من السوائل، لا تأخذ مع منتجات الألبان، والتفاعل المشترك للدواء والغذاء ذات الصلة.
- التفاعلات المشتركة ذات الصلة المخدرات المخ المائة درات.
- الآثار الجانبية المحتملة للدواء، إذا كان الدواء قد يغير لون البول أو البراز، إذا كان الدواء قد يسبب النعاس لإجهاد المريض عدم قيادة أو تشغيل آلة أثناء تناول الدواء، ما يجب القيام به في حالة ردود الفعل الشديدة / المزعجة للأدوية.
- التخزين المناسب للأدوية (على سبيل المثال إذا كان يجب تخزين الدواء في الثلاجة

4.7.4 إبلاغ المريض بأي خصوصيات للوصفة الطبية (الوصفات الطبية) وعبواتها. ستكون إعادة التعبئة التالية صالحة قبل أسبوع من استحقاقها. يمكن للمريض الاتصال وطلب التوصيل إلى المنزل

- إبلاغ المريض بأن لون أو شكل الدواء قد تغير أو هو من شركة مصنعة مختلفة.
- كان صلاحية الدواء سوف تنتهي قريبا.
- شرح كيفية الاتصال NUPCO 920000932 إذا كان الدواء غير متوفر في هذه الأثناء

4.7.5 إذا كان هناك حاجة إلى إعادة تعبئة للمريض يمكن صرف الأدوية قبل أسبوع من أو بعد التاريخ المذكور في إعادة التعبئة.

- يمكن للمريض الاتصال بالرقم المحدد لطلب التوصيل المنزلي قبل أسبوع من وقت إعادة التعبئة المحدد.
- خلال حالات الطوارئ، الاستغناء عن الكمية المطلوبة، أو وفقا لحالة مستوى المخزون في الصيدلة المجتمعية

- Explain how to contact the NUPCO 920000932 if the medication is not available for

4.7.5 If a refill is required for patient:
- Medications may be dispensed one week before or after the date mentioned on the refill.
- The patient can call the designated number to request for home delivery a week before the due refill time.
- During emergency situations, dispense the required quantity, or according to the stock level situation in community pharmacy

4.7.6 Check to see if the patient has any question(s) abou medication. The pharmacist shall attempt to clarify as possible.

4.7.7 Children are not allowed to receive medications, u accompanied by an adult.

4.7.8 Respect patients' rights according to the center policy and inform him/her about their responsibilities when needed.

4.7.9 The pharmacist shall sign Confidentiality Agreement (Appendix D) and adheres to confidentiality of the information pertinent to patient and their family,

4.8 . Monitoring:

4.8.1 The pharmacist should report to NUPCO any drug shortages a head of time and make sure that appropriate measures are taken to resolve critical shortage.

4.8.2 The pharmacist should conduct monthly inspection of pharmacy for any expired or near to expire medication.

4.8.3 The Pharmacist should report any ADR (Appendix B) to the SFDA or medication error (Appendix C) to MOH.

4.7.6 تحقق لمعرفة ما إذا كان المريض لديه أي سؤال (أسئلة) حول دوائه. يحاول الصيدلي توضيح قدر الإمكان.

4.7.7 لا يُسمح للأطفال بتلقي الأدوية، ما لم يكن بصحبة شخص بالغ.

4.7.8 احترام حقوق المرضى وفقا لسياسة المركز وإبلاغه بمسؤولياته عند الحاجة

4.7.9 يجب على الصيدلي التوقيع على اقرار السرية) الملحق (D ويلتزم بسرية المعلومات ذات الصلة بالمريض وعائلته.

4.8. المراقبة:

4.8.1 يجب على الصيدلي إبلاغ NUPCO بأي نقص في الأدوية قبل الوقت والتأكد من اتخاذ التدابير المناسبة لحل النقص الحرج.

4.8.2 يجب على الصيدلي إجراء فحص شهري للصيدلية لأي دواء منتهي الصلاحية أو قرب انتهاء صلاحيته.

4.8.3 يجب على الصيدلي إبلاغ وزارة الصحة بأي تسوية للفيروسات الاستراتيجية) التذييل (B أو خطأ في الأدوية) التذييل (C.

4.8.4 تقوم وزارة الصحة بالتنسيق مع شركة NUPCO بإجراء مراجعة دورية لتقييم ورصد والامتثال لهذه السياسة

4.9. إعادة ملء الدواء

4.9.1 يمكن للأطباء العامين طلب إعادة تعبئة الدواء المقيد طالما كان في البداية
المنصوص عليها من قبل الواصف المعتمد

Applied To: **All PHC staff** جميع العاملين بالمركز	**Title: Pharmacy Medication Prescribing, Dispensing, and Refilling** الصيدلية ووصف الأدوية وصرفها وأعاده الصرف **Page 10 of 12**	
Department: PH	**Policy Number: -wasfaty-001EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.8.4 MOH in coordination with NUPCO shall perform periodic audit to assess, monitor, compliance with this policy

4.9 Refill Medication

4.9.1 General physicians can order a refill for a restricted medication as long as it was initially prescribed by the authorized prescriber.

5- RESPONSIBILITIES

5.1The center director and the nursing director are responsible for assuring that procedures are in place and implemented to accomplish the accurate identification of patient identification.

5.2 Heads of clinical services are responsible for ensuring that employees comply with the patient identification practices within this policy.

5.3All nursing / Center staff providing direct patient care to all patients within the center are expected to follow this policy.

5- المسئوليات:

1.5 مسؤولية مدير المركز ورئيسة التمريض هو التحقق من تطبيق السياسات لكي يتم التعرف على المرضى الطريقة السليمة.

5.2 مسؤولية كل رؤساء الاقسام هي التحقق من تطبيق العاملين لسياسات التعرف على المريض داخل المركز.

5.3 مسؤولية كل الموظفين بالمركز هو تطبيق سياسات التعرف على المرضى.

6- FORMS:

6.1 Unlicensed/Unapproved Use of Medication (Appendix A)

6.2 ADR Form (Appendix B) https://ade.sfda.gov.sa/

6.3 Medication Error Form (Appendix C) https://www.surveymonkey.com/r/LG2HKB8

6.4 Confidentiality Agreement (Appendix D)

6- النماذج:

1.6 الاستخدام غير المرخص/غير المعتمد للأدوية (التذييل A)

6.2 نموذج تسوية المنازعات بالاتصال الحاسوبي المباشر (التذييل باء) /https://ade.sfda.gov.sa

6.3 نموذج خطأ الدواء (التذييل C) https://www.surveymonkey.com/r/LG2HKB8

6.4اتفاقية السرية (الملحق دال)

6.5 Community Pharmacy Medication Prescribing, Dispensing, and Refilling Workflow (Appendix E)

6.5 وصف أدوية الصيدلة المجتمعية وصرفها وإعادة ملء سير العمل (التذييل E)

7

- REFERRANCES ((المراجع:

7.1MOH Formulary
7.2Policies & Procedures for PHC Accreditation Standards. Volume 2 edition 2014. ISBN: 978 – 603 – 8075 – 48 – 7.
7.3Guidelines on Proper Reporting of Medications' Errors. Version 2. April 2019

CBAHI standards

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Cente مدير عام شئون المراكز	

Appendix- A Unlicensed/Unapproved Use of Medication

Deputyship of Therapeutic Services a,
Request for Unlicensed/Unapproved Use of Medication

- This Foul shall be filled along with an order or prescription to request the use of a formulary or non-formulary medication for an UNLICENSED/UNAPPROVED INDICATION; DOSE; DURATION OR AGE GROUP for the treatment of a patient who has failed/ has contraindications/is important to existing approved therapeutic alternatives. Responsibility for the use of this medication lies within the prescriber.
- As for the Central Medication, please forward the approved request to Assistant Director of Therapeutic Services in Region Directorate of Health Affairs to be submitted Air final approval of the deputy minister for therapeutic affairs.
- The initial request must be accompanied by supportive evidence-based literature (with a minimum of case report or case series).
- Patient/guardian must be informed regarding the risk/benefits of the use of this medication by the treating physician and documentation in the medical record must be made.

Generic Name of Medication:			
Brand Name.			
Status of medication.	Q viral Medication	O Regular Medication	
SPECIFIC DETAILS OF PATI ENT			
Name-		Saudi ID:	
Age:	Weight (KG)-	Sex:	Allergies-
Present Medical Problem(s)-			
Patient Laboratory Data.			
Present Medications			
Past Medical History/drug History.			
Rationale for Using this Drug for this Patient (Please include information on previous treatment			
The use of medication has been discussed with patient/Guardian:		@ Yes	No

Applied to: All PHC medical staff جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز	Title: Wasfaty downtime توقف نظام وصفتي	Page 1 of 10
Department: PH	Policy Number: wasfaty-005EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- **PURPOSE:**

Finding an emergency plan to deal with cases of breakdowns and interruptions of (Wasfaty service), whether due to a technical failure in the service or on the internet of the ministry and its affiliated sectors and setting the appropriate mechanisms that must be applied by all concerned parties and users to ensure continued provision of health services to the beneficiaries of the service

1- **الغرض:**

إيجاد خطة طوارئ للتعامل مع حالات اعطال وانقطاع لخدمة وصفتي سوآءا بسبب حصول عطل تقني في الخدمة أوفي شبكة الإنترنت الخاصة بالوزارة والقطاعات التابعة لها ووضع الآليات المناسبة التي يجب أن يتم تطبيقها من كل الأطراف المعنية والمستخدمين لضمان استمرار تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الخاصة بخدمة وصفتي.

2- **DEFINITIONS:**

2-1 Wasfaty SERVICE:

It is an electronic service that allows the beneficiary from the health sectors to dispense the drug from the pharmacies involved in the closest service to him at the appropriate time for free (pp. Wasfaty.sa)

2-2 The emergency plan:

It is an alternative continuity plan in the event that (Wasfaty service) is down, either for a technical reason in the service or because of a network malfunction in the sector.

2-3 Health sectors:

All sectors, centers and hospitals which apply (Wasfaty service)

2-4 The attending physician:

He is the doctor who has an official activated account in (Wasfaty service).

2-5 Pharmacy:

Is the pharmacy or pharmacies involved in serving (Wasfaty service)?

2-6 Beneficiary:

He is the person Eligible to review any of the health sectors, registering him with (Wasfaty service) and providing him with an electronic recipe service.

2- **التعريفات:**

2.1خدمة وصفتي:

هي خدمة الكترونية تتيح للمستفيد من القطاعات الصحية إمكانية صرف الدواء من الصيدليات المشتركة في الخدمة الأقرب إليه وفي الوقت الملائم له ً مجانا (pp. wasfaty.sa)

2-2خطة الطوارئ:

هي خطة استمرار العمل البديلة في حال تعطل خدمة وصفتي الإلكترونية إما لسبب تقني في الخدمة أو بسبب عطل بشبكة الإنترنت في القطاع.

2-3القطاعات الصحية:

هي كل القطاعات والمراكز والمستشفيات المطبقة لخدمة وصفتي.

2-4الطبيب المعالج:

هو الطبيب الذي لديه حساب رسمي ومفعل في خدمة وصفتي

2-5الصيدلية:

هي الصيدلية أو الصيدليات المشتركة في خدمة وصفتي.

2-6المستفيد:

هو الشخص ذو الأهلية لمراجعة أي من القطاعات الصحية وتسجيله في خدمة وصفتي وتقديم خدمة الوصفة الإلكترونية له.

Applied to: **All PHC medical staff** **جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز**	**Title:** **Wasfaty downtime** **توقف نظام وصفتي**	**Page 2 of 10**
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-005EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

2-7HIS Systems:

They are electronic systems that exist in many hospitals and health centers, some of which work in conjunction with (Wasfaty service).and some of which operate independently.

2-7 أنظمة HIS :

هي أنظمة الكترونية موجودة في كثير من المستشفيات والمراكز الصحية، وبعضها يعمل بالتكامل مع خدمة وصفتي وبعضها يعمل بشكل مستقل.

2.-8 Technical Support Team:

It is a team that was established by the Ministry of Health, its main task is to receive The notice and determine the cause of the problems of stopping and the time required to solve the problem and the affected parties, and determine the procedure followed, and inform the team of (Wasfaty program) within 5 minutes, and they are contacted by calling (937)

2-8 فريق الدعم الفني:

هو فريق تم تأسيسه من قبل وزارة الصحة، مهمته الرئيسية استقبال البلاغ وتحديد سبب مشاكل التوقف والمدة اللازمة لحل المشكلة والأطراف المتأثرة، وتحديد الإجراء المتبع، وإبلاغ فريق وصفتي خلال 5 دقائق، ويتم التواصل معهم بالاتصال على (937).

2-9 My Recipe Service Team:

A support team at NOPEC, whose mission is to assist the technical support team in the health sector in identifying the problem, announcing the implementation / suspension of emergency procedures.

2.9 فريق خدمة وصفتي:

فريق دعم في شركة نوبك، مهمته مساعدة فريق الدعم الفني في القطاع الصحي في تحديد المشكلة، إعلان تطبيق/إيقاف إجراءات الطوارئ.

2-10 (Wasfaty program) Form:

It is a form of the prescription printed in three copies for each prescription (doctor, pharmacy and beneficiary), with a serial number delivered in quantities to all health centers applied to serve the policy of the recipe emergency plan

2.10 -نموذج وصفتي الورقي:

هو نموذج ورقي للوصفة مطبوع بثالث نسخ لكل وصفة) الطبيب والصيدلية والمستفيد (، برقم تسلسلي يسلم بكميات لكل المراكز الصحية المطبقة لخدمة لسياسية خطة طوارئ وصفتي.

2-11 Code:

It is a symbol that must be written in my prescription form and will be sent to the health sectors and users (doctors) affected by an interruption in the service of my electronic prescription with every announcement of the application of the procedure of my paper prescription. The health sector - registrants - doctors are obligated to write it in the form to reduce the misuse of the paper forms.

2.11 رمزالاجراء:

هو رمز يجب أن يكتب في نموذج وصفتي الورقي وسيرسل إلى القطاعات الصحية والمستخدمين) الأطباء (المتأثرين بانقطاع في خدمة وصفتي الإلكترونية مع كل إعلان تطبيق اجراء نموذج وصفتي الورقي ويلتزم) القطاع الصحي – المسجلين – الأطباء (بكتابه في النموذج، وذلك للحد من سوء استخدام النماذج الورقية.

3- POLICY:

Due to the tendency represented by (Wasfaty service) service at the authorities that use it, its importance in the patient's journey, and obtaining prescribed medications and dispensing them from private sector pharmacies involved in the service. Whereas, malfunctions and interruptions in the service may occur, whether due to a technical failure in the

3- السياسات:

نظرا لمل تمثله خدمة وصفتي لدى الجهات التي تستخدمها وأهميتها في رحلة المريض وحصوله على الأدوية الموصوفة وصرفها من صيدليات القطاع الخاص المشتركة في الخدمة .وحيث أنه قد تحدث حالات اعطال

Applied to: **All PHC medical staff** **جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز**	**Title:** **Wasfaty downtime** **توقف نظام وصفتي**	**Page 3 of 10**
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-005EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

service or on the Internet of the Ministry and its sectors This policy aims to create an emergency plan to deal with these cases and to put in place appropriate mechanisms that must be applied by all concerned parties and users to ensure continued provision of health services to the beneficiaries of (Wasfaty service) .

وانقطاع للخدمة سوآءا بسبب عطل تقني في الخدمة أوفي شبكة الإنترنت الخاصة بالوزارة والقطاعات التابعة لها

هذه السياسة تهدف إلى إيجاد خطة طوارئ للتعامل مع هذه الحالات ووضع الآليات المناسبة التي يجب أن يتم تطبيقها من كل الأطراف المعنية والمستخدمين لضمان استمرار تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الخاصة بخدمة وصفتي.

.

4- PROCEDURES:

4-1 - Report the problem:

4.1.1 Users contact the Technical Support Team (at the Ministry of Health) and report the problem. The number for receiving standardized communications (937)

4.1.2 (937) Team transmits the report to the Technical Team at the Ministry.

4-2 Determination of the cause of the problem, the affected parties and the time needed to solve it:

4.2.1 The technical team at the Ministry receives the notification.

4.2.2 The technical team in the ministry determines the cause of the problem and the time required to solve it after communicating with the parties concerned.

4-3 Determine the appropriate procedure according to the problem and the time required to solve it:

4-3-1 (WASFETY) is down:

4-3-1-1 Less than 30 minutes:

Waiting: Inform the beneficiaries to wait until the problem is resolved within 30 minutes or less.

4-3-1-2 Over 30 minutes:

Paper form: Go directly to applying the approved paper recipe form (Appendix).

4- الإجراءات:

4.1 -الإبلاغ عن المشكلة:

4.1.1 يقوم المستخدمين بالاتصال بفريق الدعم الفني) في وزارة الصحة والإبلاغ عن المشكلة على الرقم الخاص باستقبال البلاغات الموحد (937).

4.1.2. يقوم فريق (937) بتحويل البلاغ إلى الفريق التقني بالوزارة.

4.2 تحديد سبب المشكلة والجهات المتأثرة والوقت اللازم لحلها:

4.2.1 يقوم الفريق التقني في الوزارة باستلام البلاغ .

4.2.2 يقوم الفريق التقني في الوزارة بتحديد سبب المشكلة والوقت اللازم لحلها بعد التواصل مع الأطراف المعنية

4.3 تحديد الإجراء المناسب وفقا للمشكلة والوقت اللازم لحلها:

4.3.1عطل خدمة وصفتي:

4.3.1.1أقل من 30 دقيقة:

الانتظار: ابلاغ المستفيدين بالانتظار لحين حل المشكلة خلال 30دقيقة أو أقل.

4.3.1.2 أكثر من 30 دقيقة:

النموذج الورقي: الانتقال مباشرة إلى تطبيق نموذج وصفتي الورقي المعتمد (ملحق)

Applied to: **All PHC medical staff** **جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز**	**Title: Wasfaty downtime** **توقف نظام وصفتي**	**Page 4 of 10**
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-005EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4-3-2 The internet is down:

4-3-2-1 Less than 30 minutes:

Waiting**:** Inform the beneficiaries to wait until the problem is resolved within 30 minutes or less.

4-3-2-2 Over 30 minutes:

Paper form: Go directly to applying the approved paper recipe form (Appendix).

4-3-3 Health system malfunction (HIS):

4-3-3-1 (WASFETY) as an alternative:

Use the (WASFETY)as an alternative, as users (registered and doctors) go directly to use (WASFETY).

4.4 Announcing the procedure specified by the (WASFETY) team to the parties and users concerned to start applying it:

4-4-1 The Ministry's technical team informs the (WASFETY) team of the procedure that was determined according to the data, with the necessity of identifying the affected parties (the name of the center / centers and the hospital being discontinued) on the toll-free number 920000932 or the number 0500337722.

4-4-2 The (WASFETY) team shall communicate with the users affected by the problem (partial - total) and inform them of the procedure that was determined in accordance with the policy (emergency plan for serving (WASFETY) by sending an SMS and other means of communication.

4-4-3 In the case of applying the (WASFETY) paper form: The letter will contain a code of the procedure that must be written in the form of the (WASFETY) paper.

4-5- The actual application of the specified procedure (by the affected health sector users) as follows:

4-5-1 The time to solve the problem is less than

4-3-2 تعطل شبكة الإنترنت:

4-3-2-1 أقل من 30 دقيقة:

الانتظار: ابلاغ المستفيدين بالانتظار لحين حل المشكلة خلال 30دقيقة أو أقل.

4-3-2-2 أكثر من 30 دقيقة:

النموذج الورقي: الانتقال مباشرة إلى تطبيق نموذج وصفتي الورقي المعتمد) ملحق)

4-3-3 تعطل الأنظمة الصحية(HIS):

4-3-3-1 وصفتي كبديل:

استخدام خدمة وصفتي كبديل، حيث ينتقل المستخدمين (المسجلين والأطباء) مباشرة إلى استخدام خدمة وصفتي.

4-4 إعلان الإجراء المحدد من قبل فريق وصفتي إلى الأطراف والمستخدمين المعنيين لبدء بتطبيقه:

4-4-1 يقوم فريق التقني بالوزارة بإبلاغ فريق (وصفتي) بالإجراء الذي تم تحديده وفقا للمعطيات مع ضرورة تحديد الأطراف المتأثرين (اسم المركز/المراكز والمستشفى المنقطعة عن الخدمة) على الرقم المجاني 920000932 أو الرقم .0500337722

4-4-2 يقوم فريق وصفتي بالتواصل مع المستخدمين المتأثرين بالمشكلة (جزئي – كلى) وابلاغهم بالإجراء الذي تم تحديده وفقا لسياسة (خطة الطوارئ لخدمة وصفتي) وذلك بإرسال رسالةً نصية SMS ووسائل الاتصال الأخرى.

4-4-3 في حالة تطبيق نموذج وصفتي الورقي: ستحتوي الرسالة على رمز للإجراء يجب كتابته في نموذج الوصفة الورقية.

4-5 -التطبيق الفعلي للإجراء المحدد (من قبل مستخدمي القطاعات الصحية المتأثرة) كالتالي:

4-5-1 وقت حل المشكلة أقل من 30 دقيقة:

Applied to: All PHC medical staff جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز	Title: Wasfaty downtime توقف نظام وصفتي	Page 5 of 10
Department: PH	Policy Number: wasfaty-005EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

30 minutes:
Wait until the problem is solved and the

4-5-2 If you apply my paper prescription form:

4-5-2-1 Users (registrants and doctors) fill in all fields with the code of the submitted procedure.

4-5-2-2 The attending physician applies the important instructions mentioned in the paper prescription.

4-5-2-3 The doctor is obligated to write only one medication per prescription.

4-5-2-4 The doctor maintains a copy of the prescription for audit and review purposes, and the recipient is given two copies (one for the beneficiary and one for the pharmacy)

4-5-2-5 The (hospital - the health center) stamps all paper forms with the official stamp.

4-5-3 In the event that HIS systems fail and use (WASFETY) as an alternative:

4-5-3-1 Users (registered and doctors) enter (WASFETY) service using the accounts sent to them previously and start the beneficiaries' registration processes and their prescriptions.

4-6- The actual application of the specified procedure (by pharmacies in the case of my prescription form):

4-6-1 Pharmacies provide medicine dispensing services to those who have a prescription (with the copy of the pharmacy sealed)

4-6-2. Pharmacies must completely dispense the prescription, and pharmacies are not allowed to make any partial dispensing.

4-6-3 Pharmacies keep a copy of the prescription, and send a copy of it to the team (WASFETY) at wasfaty@eRXform.sa within 72 hours.

4-6-4 Within 72 hours, pharmacies register all medicines that were dispensed through (WASFETY) service - claim service, with the

فيتم الانتظار لحين حل المشكلة واستخدام النظام بشكل اعتيادي.

4-5-2 في حال تطبيق نموذج وصفتي الورقي:

4-5-2-1 يقوم المستخدمين (المسجلين والأطباء) بتعبئة كافة الحقول الموجودة بماقيها رمز الإجراء المرسل.

4-5-2-2 يطبق الطبيب المعالج التعليمات الهامة المذكورة في الوصفة الورقية.

4-5-2-3 يلتزم الطبيب بكتابة دواء واحد فقط في كل وصفة ورقية.

4-5-2-4 يحتفظ الطبيب بنسخة من الوصفة الورقية لأغراض التدقيق والمراجعة، ويسلم المستفيد نسختين) نسخة للمستفيد ونسخة للصيدلية)

4-5-2-5 يقوم المستشفى -المركز الصحي بختم كل النماذج الورقية بالختم الرسمي.

4-5-3 في حال تعطل أنظمةHIS واستخدام وصفتي كبديل لها:

4-5-3-1 يقوم المستخدمين (المسجلين والأطباء) بالدخول إلى خدمة وصفتي باستخدام الحسابات المرسلة لهم سابقا والبدء في عمليات تسجيل المستفيدين والوصفات الطبية الخاصة بهم.

4-6 -التطبيق الفعلي للإجراء المحدد(من قبل الصيدليات في حالة نموذج وصفتي الورقي) :

4-6-1 تقدم الصيدليات خدمات صرف الأدوية ملن لديه وصفة ورقية (مع نسخة الصيدلية المختومة)

4-6-2. يجب أن تقوم الصيدليات بالصرف الكلي للوصفة والا يسمح للصيدليات بعمل أي صرف جزئي.

4-6-3 تحتفظ الصيدليات بنسخة من الوصفة الورقية، وترسل صوره منها إلى فريق (وصفتي) على البريد الإلكتروني wasfaty@eRXform.saخلال 72 ساعة.

4-6-4 خلال 72 ساعة تقوم الصيدليات بتسجيل كل الأدوية التي تم صرفها من خلال خدمة وصفتي – خدمة مطالبة، مع ضرورة تسجيل

need to register the beneficiary data - the doctor's ID number - the center's data - the form data (serial number and procedure code) - and the actual dispensing date - And the medicines that were spent.

4-7 The actual application of the specified procedure) by the beneficiary:

4-7-1 The beneficiary receives 2 copies of the prescription form (for the beneficiary and the pharmacy).

4-7-2 The patient can reach the pharmacies website by reading the QR in the form.

4-7-3 The prescription must be dispensed completely from one of the pharmacies involved in serving (WASFETY) on the same day.

4-8 Announcing solving the problem and stopping the use of the procedure:

4-8-1 The technical support team sends two recipes notice that the problem is solved.

4-8-2 The(WASFETY) team communicates with the affected parties and users and notifies them of solving the problem, start using the (WASFETY) service and stop using the form.

بيانات المستفيد – رقم هوية الطبيب-بيانات المركز - بيانات النموذج(الرقم التسلسلي ورمز الاجراء)– وتاريخ الصرف الفعلي – والأدوية التي تم صرفها.

7-4 التطبيق الفعلي للإجراء المحدد) من قبل المستفيد:

1-7-4 يستلم المستفيد عدد 2 نسخة من نموذج الوصفة الورقية. (للمستفيد، والصيدلية).

2-7-4 يستطيع المريض الوصول الى موقع الصيدليات من خلال قراءة QRالموجود في النموذج.

3-7-4 يجب أن يتم صرف الوصفة كليا من احدى الصيدليات المشتركة في خدمة وصفتي في نفس اليوم.

8-4 إعلان حل المشكلة وإيقاف استخدام الإجراء:

1-8-4 يرسل فريق الدعم الفني إلى فريق وصفتي اشعار بحل المشكلة.

2-8-4 يقوم فريق خدمة وصفتي التواصل مع الأطراف والمستخدمين المتأثرين وإبلاغهم بحل المشكلة، والبدء باستخدام خدمة وصفتي والتوقف عن استخدام النموذج.

Applied to: All PHC medical staff جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز	Title: Wasfaty downtime توقف نظام وصفتي	Page 7 of 10
Department: PH	Policy Number: wasfaty-005EA	Replaces No.:
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

الإجراءات اللازم اتباعها في حال كان التعطل بسبب خدمة وصفتي

تعطل خدمة وصفتي:

خطوات الإجراء :إذا كان التعطل لـ 30 دقيقة فأقل:

إجراء الانتظار:

.1يقوم فريق التقني في الوزارة بإبلاغ فريق وصفتي بالإجراء للمعطيات ً الذي تم تحديده وفقا وسبب المشكلة مع ضرورة تحديد الأطراف المتأثرين) اسم المركز/المراكز أو المستشفى المنقطعة عن الخدمة (على الرقم المجاني 920000932 أو الرقم0500337722

.2يقوم فريق الدعم التقني في الوزارة بإبلاغ فريق وصفتي بالإجراء الذي تم تحديده لسبب المشكلة ووقت حلها و الأطراف المتأثرة

.3يقوم فريق وصفتي بالتواصل مع المستخدمين المتأثرين بالمشكلة) جزئي – كلي (وإبلاغهم بالإجراء التالي: بضرورة الانتظار لحين عودة الخدمة للعمل خلال 30 دقيقة او اقل وفقا لسياسة "خطة طوارئ خدمة وصفتي" وذلك بإرسال رسالة نصيةً SMSو وسائل الاتصال الأخرى

.4على المستخدمين والمرضى انتظار عودة الخدمة للعمل خلال 30دقيقة أو أقل.

.5بعد حل المشكلة يقوم فريق وصفتي بالتواصل مرة أخرى مع المستخدمين المتأثرين بالمشكلة وابالغهم بحل المشكلة.

.6العودة لاستخدام النظام بشكل اعتيادي.

خطوات الإجراء :إذا كان التعطل أكثر من 30 دقيقة:

إجراء النموذج الورقي:

1- يقوم فريق التقني في الوزارة بإبلاغ فريق وصفتي بالإجراء للمعطياتً الذي تم تحديده وفقا للمعطيات وسبب المشكلة مع ضرورة تحديد الأطراف المتأثرين) اسم المركز/المراكز أو المستشفى المنقطعة عن الخدمة (على الرقم المجاني 920000932 أو الرقم 0500337722

Applied to: **All PHC medical staff** **جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز**	**Title: Wasfaty downtime** **توقف نظام وصفتي**	**Page 8 of 10**
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-005EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

2- يقوم فريق وصفتي بالتواصل مع المستخدمين المتأثرين بالمشكلة) جزئي – كلي (وإبلاغهم بتطبيق إجراء استخدام نموذج وصفتي الورقي وفقا لسياسة "خطة طوارئ خدمة وصفتي "وذلك بإرسال رسالة نصية ً SMSووسائل الاتصال الأخرى.

3- .ستحتوي الرسالة على رمز للإجراء يجب كتابته في نموذج وصفتي الورقي

4- يقوم المستخدمين) المسجلين والأطباء (بتعبئة كافة الحقول الموجودة بما فيها رمز الإجراء المرسل

5- يطبق الطبيب المعالج التعليمات الهامة المذكورة في الوصفة الورقية.

6- .يلتزم الطبيب بوصف دواء واحد فقط في كل وصفة ورقية، ويمكنه استخدام وصفة ورقية جديدة في حال الحاجة لوصفة دواء آخر.

7- يحتفظ الطبيب بنسخة من الوصفة الورقية لأغراض التدقيق والمراجعة، ويسلم المستفيد نسختين) نسخة للمستفيد ونسخة للصيدلية(

8- .يقوم المستشفى-ا مركز الصحي بختم كل النماذج الورقية بالختم الرسمي.

9- تقدم الصيدليات خدمات صرف الأدوية ملن لديه وصفة ورقية) مع نسخة مختومة(

10 يجب أن يقوم الصيدلي بصرف كامل الكمية الموصوفة ولا يسمح للصيدليات بعمل أي صرف جزئي.

11- تحتفظ الصيدليات بنسخة من الوصفة الورقية، وترسل صورها منها إلى فريق وصفتي على البريد الإلكتروني eRXform@wasfaty.sa خلال. 72 ساعة

12-. خلال 72 ساعة تقوم الصيدليات بتسجيل كل الأدوية التي تم صرفها من خلال خدمة وصفتي – خدمة مطالبة، مع ضرورة تسجيل بيانات المستفيد – رقم هوية الطبيب – وتاريخ الصرف الفعلي – والأدوية التي تم صرفها.

13- بعد حل المشكلة يرسل فريق الدعم الفني إلى فريق وصفتي اشعار بحل المشكلة.

14-. يقوم فريق خدمة وصفتي التواصل مع الأطراف والمستخدمين المتأثرين وإبلاغهم بحل المشكلة، والبدء باستخدام خدمة وصفتي والتوقف عن استخدام النموذج.

الإجراءات اللازم اتباعها في حال كان التعطل بسبب الأنظمة الصحية:HIS

استخدام خدمة وصفتي كبديل:

-1 يقوم فريق التقني في الوزارة بإبلاغ فريق وصفتي بالإجراء للمعطيات الذي تم تحديده وفقا للمعطيات وسبب المشكلة مع ضرورة تحديد الأطراف المتأثرين) اسم المركز/المراكز أو المستشفى المنقطعة عن الخدمة (على الرقم المجاني 920000932 أو الرقم 0500337722
-2 . يقوم فريق وصفتي بالتواصل مع المستخدمين المتأثرين بالمشكلة) جزئي – كلي (وإبلاغهم بضرورة بتطبيق إجراء استخدام خدمة من أنظمةً وصفتي بدال.HIS
-3 يبدأ المستخدمين) المسجلين – الأطباء (بالدخول على خدمة وصفتي واستخدامها في عمليات التسجيل وكتابة الوصفات الطبية الإلكترونية
-4 . بعد حل المشكلة يبلغ فريق الدعم الفني) أو دعم أنظمة (HIS للمستخدمين المتأثرين بالمشكلة بذلك واستئناف العمل على أنظمة. HIS
-5 يتواصل فريق أنظمةHIS مع فريق وصفتي لطلب الحصول على البيانات التي تم تسجيلها في خدمة وصفتي أثناء التعطل لرفعها على أنظمتهم
-6 يقوم فريق وصفتي بسحب تلك البيانات وإرسالها إليهم.

5- RESPONSIBILITIES: **5- المسئوليات:**

.

6- FORMS: **6- النماذج:**

7- REFERRANCES: **7- المراجع:**

Applied to: **All PHC medical staff** **جميع أفراد الطاقم الطبي بالمركز**	**Title: Wasfaty downtime** **توقف نظام وصفتي**	**Page 10 of 10**
Department: PH	**Policy Number: wasfaty-005EA**	**Replaces No.:**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

<u>تعليمات هامة فى نموذج وصفتي الورقى) مدونة فى النموذج</u>:

1.يجب أن تحتوي كل وصفة ورقية على دواء واحد فقط.

2.لن يتم صرف الوصفة من غير رمز الأجراء

3.يجب أن يتم صرف الوصفة خلال 24 ساعة من كتابة وصفة الطبيب.

4. الحد الأعلى للجرعة الموصوفة وفترة الاستخدام من قبل الطبيب ال تتجاوز شهر واحد في النموذج الورقي.

5.. الا يسمح بطلب إعادة الصرف من قبل الطبيب في النموذج الورقي.

6. يجب أن يلتزم الصيدلي بصرف كامل الكمية وال يسمح بالصرف الجزئي.

7. يحتفظ الطبيب والصيدلية بنسخة من الوصفة الورقية.

8. في حال واجهت مشكلة في صرف الدواء الرجاء التوصل مع مركز 937

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	



FACILITY MANAGEMENT AND SAFETY in Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبد الكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Safety Management Program برنامج إدارة السلامة	Page 1 of 6
Department: FMS	Policy Number: FMS-PRG-005EA (2)	Replaces No.: FMS-PRG-005EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1. **PURPOSE**:
   1.1. Provide our patients, personnel and visitors a physical environment that is free from hazards and to manage activities pro-actively through risk assessment in order to reduce the risk of injuries...

1. **الغرض**:
   1.1. توفير بيئة آمنة للمرضى والموظفين والزوار وخالية من المخاطر وإدارة الأنشطة بشكل استباقي من خلال تقييم المخاطر من اجل الحد من مخاطر الإصابات.

2. **DEFINITIONS**:
   - 2.1 **FMS: Facility** Management and Safety.
   - 2.2 **MSDS:** Material Safety Data Sheet.
   - 2.3 **PPE:** Personal Protective Equipment.
   - 2.4 **OVR:** Occurrence Variance Report.
   - 2.5 **PIS:** Performance Improvement Standards.
   - 2.6 **FMS Programs are** including the following **7**plans:
     1. Safety
     2. Security
     3. Hazardous Materials and Waste
     4. Emergencies Plan
     5. Fire Safety
     6. Medical Equipment and Devices
     7. Utility Systems
   - 2.7 **Environmental Rounds:** are the center's rounds to ensure the safety of staff, patients and visitors through assess the level of their education, awareness, and implementation of their knowledge, which will be reflected on their performance.
   - 2.8 **Facility Tour:** is a center's wide tour inspecting for the potential life safety hazards and the physical presentation of the services delivered to the end user.

2. **التعريفات**:
   - 2.1 إدارة امن وسلامة ال منشاةFMS
   - 2.2 نشرة السلامة للمواد **MSDS**
   - 2.3 معدات الوقاية الشخصية **PPE**
   - 2.4 تقرير إثبات حادث **OVR**
   - 2.5 معايير تحسين ال أداء**PIS**
   - 2.6 **برنامج إدارة امن وسلامة المنشاة:** يشمل السبعة خطط التالية:
     1. السلامة.
     2. الأمن.
     3. المواد الخطرة والنفايات.
     4. خطة الطوارئ.
     5. السلامة من الحريق.
     6. الأجهزة والمعدات الطبية.
     7. أنظمة المرافق.
   - 2.7 **الجولات البيئية للمركز:** هي جولات لضمان سلامة الموظفين والمرضى والزوار وذلك من خلال قياس مستوى تعليمهم وتوعيتهم وتطبيق المعرفة، والتي سوف تنعكس على أدائهم.
   - 2.8 **جولة مرافق المركز:** هي جولة على نطاق واسع في المركز للتفتيش عن أخطار السلامة المحتملة والسلامة المادية للخدمات المقدمة للمستخدم النهائي.

3. **POLICY**:
   - 3.1. The principles of the Safety Management Program shall be practiced and adhered to by all members of the staff, patients, visitors, volunteers and contract services personnel.
   - 3.2. The safety committee chairperson/ security and safety director have the authority to intervene whenever conditions pose an immediate threat to life, health or property.
   - 3.3. Upon full and continued implementation of the Safety Management Program elements, it is anticipated that:

3. **السياسة**:
   - 3.1 يجب أن يلتزم جميع الموظفين والمرضى والزوار والمتطوعين والموظفين المتعاقدين بممارسة مبادئ برنامج إدارة السلامة.
   - 3.2 لدى رئيس لجنة السلامة / مدير الأمن والسلامة السلطة للتدخل في حالة وجود ظروف تشكل تهديدا مباشرا للحياة أو الصحة أو الممتلكات.
   - 3.3 عند التنفيذ الكامل والمستمر لعناصر برنامج إدارة السلامة، فمن المتوقع أن:
     - 3.3.1 يتم قياس فعالية البرنامج من خلال معايير تحسين الأداء.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Safety Management Program** **برنامج إدارة السلامة**	**Page 2 of 6**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PRG-005EA (2)**	**Replaces No.: FMS-PRG-005EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.3.1. Effectiveness of the program shall be measured through Performance Improvement Standards.

3.3.2. The safety committee shall monitor the implementation and attainment of Performance Improvement Standards.

3.3.3. Teamwork and allocation of resources shall be maximized.

3.3.4. Areas for improvement and cost savings shall be identified and included in annual summary reports and plans for improvement.

3.3.5. Serious occurrences shall be minimized, reduced or eliminated.

3.4. The Safety Management Program shall be used in conjunction with existing maintenance programs.

3.3.2 ترصد لجنة السلامة تنفيذ وتحقيق معايير تحسين الأداء.

3.3.3 تفعيل العمل الجماعي واستخدام الموارد إلى أقصى حد.

3.3.4 تحدد مجالات التحسين وإمكانية تقليص التكاليف وإدراجها في تقارير موجزة سنوية وخطط للتحسين.

3.3.5 يتم تقليص الحوادث الخطيرة وتقليلها أو التخلص منها.

3.4 يجب أن يستخدم برنامج إدارة السلامة جنبا إلى جنب مع برامج الصيانة القائمة.

4. <u>PROCEDURES</u>:

4.1. <u>New Projects</u> :

4.1.1. All designs for new construction, renovation and remodeling will be thoroughly reviewed for fire protection, safety, health, infection control and environmental criteria to eliminate, control or reduce hazards in the design phase.

4.2. <u>Hazard Identification</u> :

An ongoing process carried out through the following formal mechanisms:

4.2.1. <u>Immediate reporting of hazards</u>: by employees to supervisors.

4.2.2. <u>Quarterly inspections conducted</u>: Scheduled Environmental Rounds and Facility Tour rounds for fire protection and life safety potential hazards conducted **Every 3 months** by the following members :

- Technical affairs assistant.
- Administrative affairs assistant.
- Safety officer.
- Infection control practitioner.
- Nursing supervisor.
- Quality coordinator.
- Security officer.
- Maintenance and Housekeeping supervisor.

.4 <u>الإجراءات</u>:

4.1 <u>المشاريع الجديدة</u>:

4.1.1 يجب مراجعة كل تصاميم البناء الجديد والتجديد وإعادة التصميم عن الحماية من الحريق والسلامة والصحة ومكافحة العدوى والمعايير البيئية وذلك للتخلص من المخاطر أو الحد منها في مرحلة التصميم.

4.2 <u>تحديد المخاطر</u>:

هي عملية مستمرة تتم من خلال الآليات الرسمية التالية:

4.2.1 <u>الإبلاغ الفوري عن المخاطر</u>: من قبل الموظفين إلى المشرفين.

4.2.2 <u>التفتيش الدوري (ربع السنوي)</u>: يتم تنفيذ جولات بيئية على بيئة المركز وجولات على مرافق المركز للوقاية من الحريق والأخطار المحتملة لسلامة الحياة وذلك **كل 3 أشهر** من الممثلين التاليين:

- المساعد للشؤون الفنية.
- المساعد للشؤون الإدارية.
- مسؤول السلامة.
- مسؤول مكافحة العدوى.
- مشرفة التمريض.

4.2.2.1. The Safety Committee Chairperson or his designee will be the team leader of Environmental and facility tour rounds.

4.2.2.2. The Safety Officer documents Environmental and facility tour rounds findings, and reports issued directly to the concerned department head and a copy to the safety committee to review it and take actions on the specific problem areas.

4.3. Control of Hazards:

4.3.1. Hazards which pose an immediate threat to life or health, or threaten damage to equipment, buildings, or the environment, i.e., imminent danger, will be immediately reported by whatever means available to the Department Heads, Safety officer, Safety Committee Chairperson, or quality coordinator.

4.3.2. Support will be requested from the safety committee when hazards cannot be corrected at the unit or department level.

4.3.3. Equipment or facilities requiring maintenance or repair, and unsafe conditions requiring repair for correction are reported using the form as specified in Medical Equipment/Devices Management Program.

4.4. Workplace Accidents, Injuries and Illnesses :

4.4.1. Any staff member, sub-contractor, construction worker or visitor injured/involved in an accident or conceived to contact an infection or an illness must be directed to the physician.

4.4.2. Accidents that meet the definition of an Occurrence involving patients, visitors or staff will be reported using the Occurrence Variance Report form as instructed in OVR policy.

4.5. Operational Requirements :

4.5.1. The safety committee will review and make recommendations for the approval of relevant recommendations at the department and unit

- منسق الجودة.
- مسؤول الأمن.
- مسؤول الصيانة والنظافة.

4.2.2.1 سيكون رئيس لجنة السلامة أو من ينوب عنه هو قائد الجولات البيئية وجولات مرافق المركز.

4.2.2.2 يتم كتابة نتائج الجولات البيئية وجولات مرافق المركز بواسطة مسؤول السلامة، وإرسال تقارير عنها إلى رئيس القسم المختص ونسخة إلى لجنة السلامة بالمركز لمراجعتها وعمل اللازم لتصحيح المشاكل الموجودة.

4.3 السيطرة على المخاطر:

4.3.1 يجب على الفور رفع تقارير عن الأخطار التي تشكل تهديدا مباشرا على الحياة أو الصحة، أو تهدد بحدوث أضرار بالمعدات والمباني أو البيئة لرئيس القسم أو لمسئول السلامة أو لرئيس لجنة السلامة أو لمشرف الجودة.

4.3.2 يتم طلب الدعم من لجنة السلامة عندما لا يتم تصحيح الأخطار على مستوى الوحدة أو القسم.

4.3.3 يتم الإبلاغ عن المعدات أو المرافق التي تتطلب الصيانة أو الإصلاح، أو الظروف غير الآمنة التي تتطلب إصلاح باستخدام النموذج على النحو المحدد في برنامج إدارة الأجهزة والمعدات الطبية.

4.4 حوادث العمل والإصابات والأمراض:

4.4.1 ينبغي أن يوجه أي موظف، مقاول من الباطن، أو عامل أو زائر أصيب بجروح أو تعرض لحادث أو اكتسب عدوى أو مرض إلى الطبيب.

4.4.2 سيتم إبلاغ عن الحوادث التي تشمل المرضى والزوار أو الموظفين بواسطة نموذج تقرير حادث OVR كما في سياسة التبليغ عن الأحداث.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Safety Management Program** **برنامج إدارة السلامة**	**Page 4 of 6**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PRG-005EA (2)**	**Replaces No.: FMS-PRG-005EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

levels, as applicable, to ensure full implementation of the Safety Management Programs.

5- RESPONSIBILITIES :

5.1 The center director :
- **5.1.1** Review and approve the Safety Programs
- **5.1.2** Appoint, in writing, the Chairperson to the Safety Committee and the safety officer.
- **5.1.3** Review reports provided by the Chairperson, Safety Committee and, when necessary and appropriate, direct the allocation of resources or emphasis to fulfill program requirements.

5.2 Safety Committee:
- **5.2.1** Convene the safety committee at least ten times a year.
- **5.2.2** Approve and monitor PIS for each of the Safety Standards.
- **5.2.3** Accept and approve periodic and annual summary reports to include the status of implementation and attainment of PIS.
- **5.2.4** Examine safety management issues and report findings.
- **5.2.5** Report annually, or as frequently as necessary, the safety program status to the center director.
- **5.2.6** Take action on specific problem areas based on the approved recommendations and report to the center director.
- **5.2.7** Develop a training program on safety for all members of center.
- **5.2.8** Conduct project reviews to ensure that adequate fire protection, safety, health and environmental design and controls are addressed.

5.3 Security & Safety Officer:
- **5.3.1** Direct a facility-wide process to collect information on deficiencies and opportunities for improvement in the healthcare environment through the following:
  - **5.3.1.1** Occurrence Reports.
  - **5.3.1.2** Environmental Rounds.
  - **5.3.1.3** Facility Tour.

4.5 الاحتياجات التشغيلية:

4.5.1 تقوم لجنة السلامة بمراجعة وعمل التوصيات للموافقة على التوصيات المقدمة من الأقسام حسب الاقتضاء، لضمان التنفيذ الكامل لبرامج إدارة السلامة

5. المسئوليات:

5.1 مدير المركز:
- **5.1.1** مراجعة واعتماد برنامج السلامة.
- **5.1.2** تعيين وكتابة قرار رئيس لجنة السلامة ومسؤول السلامة.
- **5.1.3** مراجعة التقارير المقدمة من رئيس لجنة السلامة، ويقوم عند الحاجة بتخصيص الموارد والتأكيد على الوفاء بمتطلبات البرنامج.

5.2 لجنة السلامة:
- **5.2.1** عقد اجتماعات لجنة السلامة عشرة مرات سنوياً على الأقل.
- **5.2.2** اعتماد ومراقبة تطبيق كل معيار من معايير السلامة.
- **5.2.3** الموافقة واعتماد ملخص التقارير الدورية والسنوية والتي تشمل حالة تطبيق معايير السلامة.
- **5.2.4** دراسة المسائل المتعلقة بإدارة السلامة ونتائج التقارير.
- **5.2.5** إرسال تقرير سنوي أو عند الضرورة إلى مدير المركز عن وضع برنامج السلامة.
- **5.2.6** اتخاذ إجراءات بشأن مشكلة في مناطق معينة استنادا إلى التوصيات المعتمدة وتقديم تقرير إلى مدير المركز.
- **5.2.7** وضع برنامج تدريبي على السلامة لجميع العاملين في المركز.
- **5.2.8** مراجعة المشاريع لضمان توفر وسائل الحماية من الحريق والسلامة والصحة البيئية في مرحلة التصميم.

5.3 مسئول الأمن السلامة:
- **5.3.1** يقوم بتنفيذ آلية لجمع المعلومات من جميع مرافق المركز عن أوجه القصور والفرص المتاحة للتحسين في بيئة الرعاية الصحية من خلال ما يلي:
  - **5.3.1.1** تقارير إثبات حادث
  - **5.3.1.2** الجولات البيئية
  - **5.3.1.3** جولات المرافق
- **5.3.2** يقوم بمراجعة ملخصات تقارير الأحداث وأوجه القصور والمشاكل والإخفاقات والأخطاء المتعلقة بمعايير FMS

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Safety Management Program برنامج إدارة السلامة	Page 5 of 6
Department: FMS	Policy Number: FMS-PRG-005EA (2)	Replaces No.: FMS-PRG-005EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5.3.2 Review summaries of occurrences, deficiencies, problems, failures and user errors related to the FMS Standards and report findings and trends, if any, to the Safety Committee.

5.3.3 Take necessary actions to correct any noted deficiencies on Environmental and facility tour rounds.

5.3.4 Coordinate with the appropriate staff to implement recommendations and monitor their effectiveness.

5.3.5 Intervene whenever conditions pose an immediate threat to life or health, or threaten damage to equipment, buildings or the environment.

5.3.6 Report to the Safety Committee on findings, recommendations, actions taken and results of measurement.

5.3.7 Train new employees on Safety Program elements, workplace hazards, emergency procedures and the location of Material Safety Data Sheets (MSDS).

5.3.8 Ensure that all employees attend R.A.C.E. for Fire Safety training annually, and show them the locations of fire alarm stations, fire extinguishers and evacuation routes.

5.4 <u>Quality coordinator</u>:

5.4.1 Monitor the implementation of the Safety Program elements in compliance with CBAHI Standards.

5.4.2 Submit a monthly report (confidentiality ensured) of all occurrences to the Security & safety officer.

5.4.3 Review all Environmental Rounds reports from the safety committee.

5.4.4 Inform the Security and Safety officer immediately about any occurrence. E.g. fire, smoke, hazardous material spill, medical device or equipment failure, major utility system failure, etc.

5.5 <u>Environmental Rounds and Facility Tour Teams</u> :

5.5.1 Conduct scheduled environmental rounds and facility tour inspections every 3 months in all the center areas.

5.5.2 Environmental rounds and Facility Tour inspection reports issued directly to the

ويقوم بعرض تقارير بالنتائج والاتجاهات (إن وجدت) إلى لجنة السلامة.

5.3.3 اتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح مواقع القصور التي تلاحظ على تقارير التفتيش للجولات البيئية وجولات مرافق المركز.

5.3.4 التنسيق مع الموظفين لتنفيذ التوصيات ورصد فعاليتها.

5.3.5 يقوم بالتدخل المباشر في الحالات التي تشكل تهديداً على الحياة أو الصحة، أو تهدد بحدوث ضرر على المعدات والمباني أو البيئة.

5.3.6 يقوم بإرسال تقارير إلى لجنة السلامة عن نتائج القياس والتوصيات والإجراءات المتخذة.

5.3.7 يقوم بتدريب العاملين الجدد على عناصر برنامج السلامة والمخاطر في مكان العمل، وإجراءات الطوارئ ومواقع نشرات بيانات سلامة المواد (MSDS).

5.3.8 التأكد من حضور جميع موظفي المركز للتدريب على السلامة من الحرائق سنوياRACE ، ويبين لهم مواقع محطات إنذار الحريق وطفايات الحريق وطرق الإخلاء.

5.4 <u>مشرف الجودة</u>:

5.4.1 مراقبة تنفيذ عناصر برنامج السلامة من ناحية الامتثال لمعايير CBAHI.

5.4.2 تقديم تقرير شهري (مع ضمان السرية) عن كافة تقارير الأحداث لمسؤول الأمن والسلامة.

5.4.3 مراجعة جميع تقارير الجولات البيئية المقدمة من لجنة السلامة.

5.4.4 إبلاغ مدير الأمن والسلامة فورا عن أي حادث مثل: الحريق والدخان وتسرب المواد الخطرة، وتعطل الأجهزة الطبية أو المعدات أو تعطل خطير في المرافق الخ.

5.5 <u>فريق الجولات البيئية وجولات المرافق</u>:

5.5.1 القيام بعمل الجولات البيئية وجولات التفتيش على مرافق المركز كل 3 أشهر في جميع مناطق المركز.

5.5.2 يقوم بإرسال تقارير الجولات البيئية وجولات مرافق

concerned department head and a copy to the safety committee.

5.6 All staff :

5.6.1 Report immediately all unsafe conditions (hazards), injuries or illnesses to their supervisor.

5.6.2 Observe and practice all safety procedures and use assigned personal protective equipment.

5.6.3 Attend all required fire safety, hazardous materials, and Safety-related training sessions.

المركز إلى رئيس القسم المختص ونسخة إلى لجنة السلامة بالمركز.

5.6 جميع الموظفين:

5.6.1 الإبلاغ فوراً إلى رؤسائهم عن أي ظروف غير آمنة (الأخطار) والإصابات أو الأمراض.

5.6.2 ممارسة جميع إجراءات السلامة واستخدام معدات الوقاية الشخصية المخصصة (PPE).

5.6.3 حضور جميع الدورات التدريبية اللازمة عن السلامة من الحريق والسلامة من المواد الخطرة وجميع الدورات المتعلقة بالسلامة.

6- FORMS:

6.1 Multidisciplinary Environmental rounds and self-inspection checklist.

6.2 Facility Tour Checklist.

6. النماذج:

6.1 قائمة الجولات البيئية متعددة التخصصات والتفتيش الذاتي.

6.2 قائمة جولات مرافق المركز.

7. REFERRANCES(المراجع):

7.1 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals, Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 1999/2001.

7.2 Saudi Arabia Standards Organization (SASO).

7.3 سياسات الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Security Management Program** **برنامج إدارة الأمن**	**Page 1 of 7**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PRG-006EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PRG-006EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. PURPOSE:

1.1 To provide a safe and secure environment for the patients, visitors, employees and properties.

2. DEFINITIONS:

2.1.The Security: is a state of being secure, to make sure a person, place or thing is safe from harm.

2.2.FMS Programs are:

- **2.2.1.** Security.
- **2.2.2.** Hazardous Materials and Waste.
- **2.2.3.** Emergencies:
  - **2.2.3.1.** Internal Emergency Preparedness.
  - **2.2.3.2.** External Emergency Preparedness.
- **2.2.4.** Fire Safety.
- **2.2.5.** Medical Equipment and Devices.
- **2.2.6.** Utility Systems.

3. GOALS:

3.1. To provide education to personnel on the elements of the security management program.

3.2. To control access to and exit from sensitive areas (i.e., Medical Records, Pharmacy and personal files).

3.3. To reduce the risk of potential security incidents.

3.4. To address security concerns of patients, visitors, employee and property.

4. POLICY:

4.1. The center maintains a security management program that prepares for and prevents future security incidents by establishing security procedures, in-service orientation and continuing education of all personnel, and monitoring and

1. الغرض:

1.1 لتوفير بيئة آمنة للموظفين والمرضى والزوار و الممتلكات في المركز.

2. التعريفات:

2.1. الأمن: هو حالة من الأمان للتأكد من أن الأشخاص أو المكان أو الأشياء في مأمن من الأذى.

2.2. برامج أمن وسلامة المنشأة:

- **2.2.1.** الأمن.
- **2.2.2.** المواد الخطرة والنفايات.
- **2.2.3.** خطط الطوارئ.
  - **2.2.3.1.** خطة الاستعداد للكوارث الداخلية.
  - **2.2.3.2.** خطة الاستعداد للكوارث الخارجية.
- **2.2.4.** خطة مكافحة الحريق.
- **2.2.5.** المعدات والأجهزة الطبية.
- **2.2.6.** نظام المرافق.

3. الأهداف:

3.1. لتوفير التعليم لجميع الموظفين على عناصر برنامج إدارة الأمن.

3.2. للتحكم في المداخل والمخارج للأماكن الحساسة بالمركز مثل: الصيدلية وغرفة السجلات الصحية وغرفة سجلات الموظفين.

3.3. لتقليل أخطار الحوادث الأمنية المحتملة.

3.4. للتعرف على المخاوف الأمنية للمرضى والزوار والموظفين والممتلكات.

4. السياسة:

4.1 لدى المركز برنامج لإدارة الأمن الذي يستعد ويمنع وقوع حوادث أمنية من خلال وضع إجراءات للأمن، والتدريب المستمر لجميع الموظفين، ومراقبة وتقييم جميع الحوادث الأمنية لإيجاد فرص للتحسين.

4.2 تتوفر خدمات الأمن بالمركز يومياً على مدار الساعة.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Security Management Program** **برنامج إدارة الأمن**	**Page 2 of 7**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PRG-006EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PRG-006EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

evaluation of security incidents for opportunities to improve care.

4.2. The Security Services are available in the center on 7/24.

4.3. All center access and egress shall be controlled.

4.3 يجب التحكم بجميع مداخل ومخارج المركز.

5- PROCEDURES:

5.1. Designation of employee responsible for developing, implementation and monitoring the security management program :

5.1.1. The center director shall appoint a qualified individual to develop, implement, maintain and monitor the security management program.

5.2. Security risk assessment :

5.2.1. Security risk assessment reports are completed to indicate areas of risk, including security vulnerabilities of sensitive areas, security habits of personnel, staff knowledge and skill of security management.

5.2.2. A proactive risk assessment is performed to determine potential risks that may affect the security of patients, visitors and employees.

5.2.3. The risk assessment will evaluate overall facility and specific department vulnerabilities including, but not limited to:

1. Assaults
2. Bomb threats/bombing
3. Burglary
4. Civil disturbances, both external and internal
5. Homicides
6. Impostors
7. Infant/Child abduction
8. Loss of information
9. Tampering or theft of medication
10. Robbery, armed/unarmed
11. Terrorism

5. الإجراءات:

5.1. تعيين موظف مسؤول عن تطوير وتطبيق ومراقبة برنامج إدارة الأمن:

5.1.1. يقوم مدير المركز بتعيين شخص مؤهل لتطوير وتطبيق ومراقبة برنامج إدارة الأمن بالمركز.

5.2. تقييم المخاطر الأمنية:

5.2.1. يتم إكمال تقارير تقييم المخاطر الأمنية لتشمل: الثغرات الأمنية في المناطق الحساسة والعادات الأمنية للموظفين ومعارف ومهارات الموظفين فيما يتعلق ببرنامج إدارة الأمن.

5.2.2. يتم تنفيذ تقييم للمخاطر استباقي للتعرف على المخاطر الأمنية المحتملة التي يمكن أن تؤثر على المرضى والزوار والموظفين.

5.2.3. يشمل تقييم المخاطر جميع أرجاء المركز والأقسام الخاصة ذات الثغرات الأمنية، ويشمل التالي:

1. الاعتداءات.
2. التهديد بمتفجرات.
3. السرقة.
4. الإضرابات المدنية سواء الداخلية والخارجية.
5. جرائم القتل.
6. الاحتيال.
7. اختطاف الأطفال.
8. فقدان المعلومات.

12. Suicide

5.2.4. These assessments are used to determine whether basic security measures are sufficient to meet organizational needs and to identify additional risks and methods of controlling them.

5.3. **Emergency security procedures :**

5.3.1. Security department has established policies and procedures to direct response during emergencies.

5.3.2. When a security incident is reported, Security personnel respond to the location and evaluate the response needed. In general, security officers respond; assess, and contain the scene, notify law enforcement personnel, if necessary, and coordinate the response of other entities until the incident is resolved.

5.3.3. Employees are trained in the actions to be taken in the event of a security incident; i.e., infant abduction, attempted robbery, workplace violence.

5.3.4. Security personnel must be called in the following events :

1. Injury to patient or visitor.
2. Theft of personal property of employees, patients or visitors.
3. Any suspicious person(s) in the center, giving attention to the following:
   - Color and type of clothing.
   - Male or female.
   - Height and weight.
   - Where last observed.
   - Any other information that will assist the Security employee.
4. Activities disrupting the normal operation.
5. Lost and Found property.
6. Child/ Infant abduction.
7. Property Damage.
8. When any threat to the patients, visitors, staff or property such as

9. العبث أو سرقة الأدوية.
10. السطو المسلح أو غير المسلح.
11. الإرهاب.
12. الانتحار.

5.2.4. تستخدم هذه التقييمات لتحديد ما إذا كانت الإجراءات الأمنية الأساسية كافية لتلبية احتياجات المركز، وللتعرف على المخاطر الإضافية وطرق السيطرة عليها.

5.3. **الإجراءات الأمنية الطارئة:**

5.3.1. يقوم قسم الأمن بوضع سياسات وإجراءات للاستجابة المباشرة أثناء حالات الطوارئ.

5.3.2. عند التبليغ عن حادث: يجب على موظف الأمن الاستجابة إلى مكان الحادث وتقييم الاستجابة المطلوبة، بصفة عامة يقوم رجل الأمن بالاستجابة وتقييم واحتواء الموقف وإبلاغ الشرطة عند الضرورة، والتنسيق مع الكيانات الأخرى حتى يتم حل الموقف.

5.3.3. يجب تدريب جميع الموظفين على الإجراءات التي يجب اتخاذها عند وقوع حادث أمني مثل: اختطاف طفل، سطو متعمد أو عنف أثناء العمل.

5.3.4. ينبغي الاتصال برجل الأمن في الحالات التالية:

1. إصابة مريض أو زائر.
2. سرقة الممتلكات الشخصية للموظفين أو المرضى او الزوار.
3. الإبلاغ عن أي شخص مشتبه به في المركز، مع ضرورة ملاحظة التالي:
   - لون البشرة وشكل الملابس.
   - جنس الشخص (ذكر أو أنثى).
   - الطول والوزن.
   - آخر مكان تواجد به الشخص

Bomb threat, violent person, smell of smoke, fire alarm, internal or external disasters…act.

5.4. Security orientation and education program :

5.4.1. In-service orientation and continuing education of all personnel shall be conducted by the safety and security officer, this orientation includes security awareness and reporting procedures.

5.4.2. Employees in security sensitive areas are oriented and educated about specific security issues related to their areas, the area's specific security practices to be utilized. In addition, trained to respond to a security breach or incident.

5.4.3. Employee knowledge of security risks and response protocols are evaluated as a part of the annual safety survey and through drills, and security risk assessments.

5.5. All personnel shall have appropriate identification badges.

5.6. Sensitive areas must have controlled access :

5.6.1. A security risk assessment and will be completed and those areas determined to be sensitive areas will have restricted access, Unauthorized persons are not allowed to enter these sensitive areas.

5.6.2. Additional policies will be written defining the special precautions to be taken in the following areas:

1. Pharmacy.
2. Medical Records department.
3. Personal files room.
4. Sterilization unit.

5.7. Infant /child abduction :

5.7.1. The center has mechanisms in place to reduce the likelihood of infant and/or child abduction, and the employees will be trained on the procedures to be followed in the event of child abduction, (refer to child abduction policy).

5.8. Performance Standards:

- أي معلومات إضافية قد تساعد مسؤول الأمن.

4. أي نشاطات تعرقل سير العمل العادي.

5. فقد أو العثور على الممتلكات.

6. اختطاف طفل.

7. حدوث تلف بالممتلكات.

8. عند وجود أي تهديد على المرضى أو الزوار أو العاملين أو الممتلكات مثل: تهديد قنابل أو شخص عدواني أو شم رائحة حريق أو إنذار حريق أو في حالة الكوارث (سواء داخلية أو خارجية).. الخ.

5.4. التعريف والتدريب على برنامج الأمن:

5.4.1. يتم إجراء برنامج تعريفي على رأس العمل والتثقيف المستمر لجميع الموظفين بواسطة مسئول الأمن والسلامة، ويشمل ذلك التعريف التوعية الأمنية وإجراءات التبليغ.

5.4.2. يتم تعريف جميع الموظفين في الأماكن الحساسة على القضايا الأمنية المتعلقة بمكان عملهم، والإجراءات الأمنية الخاصة بمكان عملهم، وتدريبهم على كيفية الاستجابة في حالة وقوع حادث أو خرق أمني.

5.4.3. يتم تقييم معلومات الموظفين عن المخاطر الأمنية وإجراءات الاستجابة لها كجزء من التقييم السنوي للسلامة ومن خلال التجارب الوهمية ومن خلال تقييم المخاطر الأمنية.

5.5. يجب على جميع الموظفين ارتداء بطاقات التعريف.

5.6. يجب التحكم بمداخل الأماكن الحساسة:

5.6.1. يجب حظر دخول الأماكن الحساسة للأشخاص الغير مصرح لهم دخولها، والتي يتم تحديدها من خلال تقييم المخاطر الأمنية.

5.6.2. يتم عمل سياسات إضافية تحدد الإجراءات الإضافية التي

5.8.1. There is a planned, systematic, interdisciplinary approach to performance measurement, analysis and improvement related to the security management program.

5.8.2. The Safety Committee will develop and establish performance measures and related outcomes: they will be prioritized based upon high –risk, high problem prone situations and potential or actual sentinel events.

5.8.3. The Safety Committee on an ongoing basis monitors performance regarding actual or potential risks.

5.8.4. To identify opportunities for improvement, the Safety Committee will follow the center improvement methodology, the FOCUS-PDCA model.

5.8.5. The following performance measures are recommended:

1. Number of incident reports submitted.
2. Number of theft reports.

5.9. Annual evaluation of the security management Program:

5.9.1. The security management program is evaluated annually to ensure the appropriateness of the objectives, performance indicators, and the program's effectiveness.

5.9.2. The evaluation will include a review of the scope according to the current CBAHI standard to evaluate the degree in which the program meets the accreditation standards and the current risk assessment of the center.

5.9.3. A comparison of the expectations and actual results of the program will be evaluated to determine if the goals and objectives of the program were met.

5.9.4. The overall performance of the program

يجب اتخاذها في الأماكن التالية:

1. الصيدلية.
2. قسم السجلات الصحية.
3. غرفة الملفات الشخصية للموظفين.
4. وحدة التعقيم.

5.7. اختطاف طفل:

5.7.1. لدى المركز آلية لتقليل احتمالية اختطاف طفل أو رضيع، ويجب تدريب الموظفين على الإجراءات التي يجب اتخاذها عند اختطاف طفل (يرجى الرجوع إلى سياسة اختطاف الأطفال).

5.8. معايير الأداء:

5.8.1. توجد خطة ونظام متعدد التخصصات لآلية قياس وتحليل الأداء والتحسين لبرنامج إدارة الأمن.

5.8.2. تقوم لجنة السلامة بتطوير وإنشاء مقاييس للأداء والنتائج حيث يتم إعطاء الأولوية استناداً إلى الأكثر خطورة والمواقف الأكثر عرضة للمشاكل والأحداث الجسيمة أو المحتملة .

5.8.3. تقوم لجنة السلامة دورياً بمراقبة الأداء بشأن المخاطر الفعلية أو المحتملة.

5.8.4. تقوم لجنة السلامة بإتباع منهجية التحسين في المركز باستخدام نموذج FOCUS-PDCA لتحديد فرص التحسين .

5.8.5. يوصى باستخدام مقاييس الأداء التالية:

1. عدد تقارير الأحداث المبلغة.
2. عدد السرقات المبلغ عنها.

5.9. التقييم السنوي لبرنامج إدارة الأمن:

5.9.1. يتم عمل تقييم سنوي لبرنامج إدارة الأمن للتأكد من ملائمة الأهداف ومؤشرات الأداء وفعالية البرنامج.

will be reviewed by evaluating the results of performance improvement outcomes.

5.9.5. The overall effectiveness of the program will be evaluated by determining the degree that expectations were met.

5.9.2. يشمل التقييم السنوي لبرنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات مراجعة نطاق البرنامج الحالي وفقا لمعايير المجلس المركزي للاعتماد لتقييم درجة الامتثال لمعايير الاعتماد وتقييم المخاطر الحالية في المركز .

5.9.3. يتم عمل مقارنة بين التوقعات والنتائج الفعلية للبرنامج لتحديد ما إذا تمت تلبية غايات وأهداف البرنامج.

5.9.4. يتم تقييم الأداء العام للبرنامج من خلال تقييم نتائج تحسين الأداء.

5.9.5. يتم تقييم الفعالية الشاملة للبرنامج من خلال تحديد إلى أي درجة تمت تلبية التوقعات.

6- RESPONSIBILITIES :

6.1 The safety/ security officer :

6.1.1 Develop, implement and manage the security management program.

6.1.2 Conducting-service orientation and continuing education of all personnel.

6.1.3 Report to the Safety Committee on findings, recommendations, actions taken and results of measurements.

6.1.4 Ensure adequate security coverage of all the center areas.

6.1.5 Initiate immediate action in all emergencies and assist personnel with any unusual problems encountered.

6.2 The Center Director: Ensure that all employees enforce security program.

6.3 All Employees:

6.3.1 Report immediately all insecure conditions, hazards to the security

6المسئوليات:

6.1مسؤول الأمن والسلامة:

6.1.1تطوير وتطبيق وإدارة برنامج الأمن.

6.1.2إجراء برنامج تعريفي على رأس العمل و التثقيف المستمر لجميع الموظفين في المركز.

6.1.3إبلاغ لجنة السلامة حول المستجدات والتوصيات والإجراءات المتخذة و نتائج القياس.

6.1.4التأكد من أن جميع مناطق المركز مؤمنة جيداً.

6.1.5الاستجابة الفورية في جميع حالات الطوارئ، وتقديم المساعدة للموظفين عند تعرضهم لأي مشكلات غير عادية.

6.2مدير المركز: التأكد من تنفيذ جميع الموظفين لبرنامج الأمن.

6.3جميع الموظفين:

6.3.1إبلاغ موظف الأمن او مسؤول السلامة عن جميع

personnel or to the safety officer.

الحالات الغير آمنة والخطرة.

6.3.2 Observe and practice all security procedures.

6.3.2مراقبة وممارسة جميع الإجراءات الأمنية.

7- FORMS:

7- النماذج :

7.1 Child abduction form.

7.1 نموذج اختطاف طفل.

8- REFERRANCES(المراجع):

8.1 KFSH&RC-Riyadh – Security Policies and Procedures.

8.1سياسات وإجراءات الأمن بمستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Medical Equipment Management Plan** **خطة إدارة المعدات الطبية**	**Page 1 of 5**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PLAN-009EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-009EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. **PURPOSE:**
   1.1. To assess and control the physical and clinical risks of all medical equipment used in the patient care setting.
   1.2. To provides a safe and proper use of the medical equipment.

.1 **الغرض:**
.1.1 لتقييم ومراقبة المخاطر المادية والإكلينيكية لجميع المعدات الطبية المستخدمة في مناطق العناية بالمرضى.
.1.2 للاستخدام الآمن والسليم للمعدات الطبية.

2. **DEFINITIONS:** NA

.2 **التعريفات:** لا يوجد

3. **POLICY :**
   3.1. Biomedical engineering department (BDM) in the directorate shall provide, whenever required, the necessary engineering and technical expertise and consultation to develop and plan the immediate, short, and long-term needs of medical equipment in the center.
   3.2. Equipment planning shall be tied to the vision and strategic plan of the center.

.3 **السياسة:**
.3.1 يقوم قسم الصيانة الطبية بالمديرية بتوفير الخبرات والاستشارات الفنية والهندسية (كلما تطلب الأمر)، وذلك لتوفير وتخطيط الاحتياجات الفورية والقصيرة الأمد والطويلة الأمد التي تحتاجها المعدات الطبية بالمركز.
.3.2 يجب أن تكون خطة إدارة المعدات مرتبطة بالرؤية والخطة الاستراتيجية للمركز.

4. **PROCEDURES:**
   4.1. **Equipment Maintenance:** The equipment maintenance program consists of:
      1. New incoming equipment inspection & installation.
      2. Preventive maintenance (PPM).
      3. Corrective maintenance.
      4. Managing manufacture service.
   4.1.1. **New Incoming Equipment Inspection & Installation:**
      1. All medical equipment must be inspected by BMD for electrical safety, performance assurance, conformance to standards and terms of purchase, and for tagging the equipment before use.
      2. All incoming equipment must be tagged after all documents received.
      3. Biomedical control number tag: e.g.: (LETTER.000.00.00)
         - Start with one letter (refer to the equipment categories),
         - Followed by digits (000.00.00) (first three digits refer to main number of the machine, second two digits refer to quantities of the same machine, and the last two digits refer to the sub-machines belongs to the main unit),
         - Details of categories are as follow:

.4 **الإجراءات:**
.4.1 **صيانة الأجهزة:** يشمل برنامج صيانة المعدات الطبية:
.1 فحص وتركيب المعدات الجديدة.
.2 الصيانة الوقائية (PPM).
.3 الصيانة التصحيحية.
.4 متابعة خدمات الشركة المصنعة.
.4.1.1 **فحص وتركيب الأجهزة الواردة:**
.1 يجب أن يتم فحص جميع المعدات الطبية من قبل قسم الصيانة الطبية عن السلامة الكهربائية، وضمان الأداء والمطابقة للمعايير وشروط الشراء، ووضع علامات لهذه المعدات قبل الاستخدام.
.2 يجب استلام جميع وثائق المعدات الواردة قبل الاستخدام.
.3 وضع علامات رقمية لجميع الأجهزة الطبية: مثل: (LETTER.000.00.00)
- يبدأ بحرف واحد (يشير إلى فئة المعدات)،
- يليه أرقام (000.00.00): (الأرقام الثلاثة الأولى تشير إلى الرقم الرئيسي للجهاز، والرقمين التاليين يشيران إلى الكميات الموجودة من نفس الجهاز، وآخر رقمين يشيران إلى الأجهزة الفرعية التي تنتمي إلى الوحدة الرئيسية)،
- تفاصيل الفئات هي على النحو التالي:

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Medical Equipment Management Plan** **خطة إدارة المعدات الطبية**	**Page 2 of 5**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PLAN-009EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-009EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

The letter	The categories
Group “A”	To be maintained and repaired by the manufacturer
Group “B”	To be maintained and repaired by the Supplier
Group “C”	To be maintained and repaired by the Biomedical Engineer

4.1.2. Periodic Preventive Maintenance:

1. The PPM program is a scheduled inspection program, which verifies the proper operation, safety and physical status of medical equipment.
2. BMD shall set up a PPM procedure and inspection, some Equipment will not require PPM and thus will not place in PPM program.
3. BMD staff or Vendor’s Engineer in accordance with the procedure and schedule will perform PPM.

4.1.3. Corrective Maintenance:

1. Biomedical Engineering Department shall respond to unscheduled corrective maintenance requests resulting from failures deficiencies in medical Equipment.
2. BMD Staff shall respond to service requests as they are received, and shall strive to ensure that the equipment is repaired and returned to its proper operating condition, with minimal downtime and most cost-effective manner.
3. BMD staff will perform PPM or Vendor's Engineer in accordance with the procedure listed in the BMD's IPP.
4. When the medical Equipment thought to need repair, it is the responsibilities of the User to issue & send a Request for Repair to BMD.

4.2. Risk Management:

4.2.1. Medical equipment is inherently complex and can potentially harm the patient or user if not used or cared for appropriately.

الحرف	الفئة
مجموعة أ	تتم صيانتها وإصلاحها عن طريق الجهة المصنعة
مجموعة ب	تتم صيانتها وإصلاحها عن طريق الجهة الموردة
مجموعة ج	تتم صيانتها وإصلاحها عن طريق مهندس الأجهزة الطبية

4.1.2. الصيانة الدورية الوقائية:

1. برنامج الصيانة الدورية الوقائية هو برنامج مجدول للفحص والذي يتم من خلاله التحقق من التشغيل السليم والسلامة والوضع الفعلي للمعدات الطبية.
2. يجب على قسم الصيانة الطبية وضع إجراءات للصيانة الوقائية الدورية والفحص، بعض المعدات لا تحتاج صيانة دورية وقائية وبالتالي لن توضع في برنامج الصيانة الدورية الوقائية.
3. سوف يتم تنفيذ الصيانة الدورية الوقائية من قبل موظفي الصيانة الطبية ومهندسي الشركة وفق الإجراءات والجدول الزمني.

4.1.3. الصيانة التصحيحية:

1. قسم الصيانة الطبية هو المسؤول عن الاستجابة لطلبات الصيانة التصحيحية غير المجدولة الناتجة عن الأعطال في المعدات الطبية.
2. يجب على موظفي قسم الصيانة الطبية الاستجابة لطلبات الخدمة بمجرد تلقيها، والعمل على ضمان أن يتم إصلاح المعدات وعودتها إلى حالتها التشغيلية السليمة في أسرع وقت وبطريقة فعالة مع مراعاة أن تكون بأقل تكلفة.
3. سوف يتم تنفيذ الصيانة الوقائية من قبل موظفي الصيانة الطبية أو مهندس الشركة وفقا للإجراءات الواردة في السياسات والإجراءات الداخلية الموجودة بقسم الصيانة الطبية.
4. عند الحاجة لإصلاح المعدات الطبية، يجب على المستخدم إرسال طلب الإصلاح للصيانة الطبية.

4.2. إدارة المخاطر:

4.2.1. المعدات الطبية معقدة بطبيعتها، وممكن أن تضر برعاية المرضى أو المستخدم إذا لم تستخدم بشكل مناسب.

4.2.2. يجب على قسم الصيانة الطبية السعي للحد من هذه المخاطر

4.2.2. Biomedical Engineering Department shall strive to reduce such risks through:
1. Equipment inspection.
2. PPM.
3. User and BMD staff education.
4. Accident (OVR) review, investigation and prevention.
5. Review and distribution of equipment hazard alerts.
6. The center safety rounds.

4.3. Inventory and data base of all medical equipment:

4.3.1. Biomedical Engineering maintains an inventory of all medical Equipment has and keeps the data of each Machine individually.

4.4. Retirement of Equipment and Wish List:

4.4.1. Equipment planning is a multi-disciplined function where BMD shall play key role in identifying the status of existing equipment, proposing a replacement technology, and advising the leadership in capital equipment planning, and forecasting financial impact.

4.5. Users Training and Education:

4.5.1. The safe and effective use of such equipment relies heavily on the users' level of understanding and experience of it.

4.5.2. Biomedical Engineering Department alongside equipment vendors shall provide the necessary education and training to ensure proper and safe equipment use for patient care.

4.6. Extension Cords:

4.6.1. The Biomedical Engineering is the only authority allowed to issue the extension cords after testing for use with medical devices, and that is in for absolutely necessary as determined by BMD.

4.6.2. The BMD shall do its best to coordinate with the facilities department to resolve the need for extension cord by making permanent outlets available in the required areas as possibility.

4.7. Laser Equipments:

4.7.1. Provide safety guidelines for BMD staff and Users of laser equipment's according to manufacturer's recommendation.

4.8. Hazard Recalls and Alerts:

4.8.1. Biomedical Engineering Department is following the prescribed course of action for

من خلال:
1. التفتيش على المعدات.
2. الصيانة الوقائية.
3. تدريب مستخدمي الأجهزة وموظفي قسم الصيانة الطبية.
4. مراجعة نماذج تقارير الأحداث والتحقيق فيها ومنعها.
5. مراجعة وتوزيع تنبيهات الخطر للمعدات.
6. من خلال جولات السلامة بالمركز.

4.3. قاعدة بيانات وجرد لجميع المعدات الطبية:

4.3.1. يقوم قسم الصيانة الطبية بعمل جرد لجميع المعدات الطبية والاحتفاظ ببيانات كل جهاز على حدة.

4.4. سحب المعدات وقائمة الملاحظة:

4.4.1. التخطيط للمعدات هي وظيفة متعددة التخصصات يقوم بها قسم الصيانة الطبية حيث تلعب دورا رئيسيا في تحديد حالة المعدات الطبية الموجودة واقتراح تقنية الاستبدال، وتقديم الاستشارة إلى الإدارة في التخطيط للمعدات والتنبؤ بالتكاليف المالية.

4.5. تدريب وتعليم المستخدمين:

4.5.1. الاستخدام الآمن والفعال لهذه المعدات تعتمد بشكل كبير على مستوى فهم المستخدمين وخبرتهم.

4.5.2. يجب على قسم الهندسة الطبية جنبا إلى جنب مع شركات المعدات توفير ما يلزم من التعليم والتدريب لضمان استخدام المعدات بطريقة سليمة وآمنة لرعاية المرضى.

4.6. التمديدات الكهربائية:

4.6.1. الصيانة الطبية هي السلطة الوحيدة المسموح لها الموافقة على أسلاك التمديد بعد اختبار استخدامها مع الأجهزة الطبية، والتي يجب أن تكون للضرورة القصوى كما يحددها قسم الصيانة الطبية.

4.6.2. يقوم قسم الصيانة الطبية بذل أقصى جهده بالتنسيق مع الصيانة العامة للتغلب على الحاجة إلى تمديد التوصيلات الكهربائية بعمل أفياش دائمة في الأماكن المطلوبة.

4.7. معدات الليزر:

4.7.1. يجب توفير دليل السلامة لموظفي الصيانة الطبية ومستخدمي معدات الليزر وفقا لتعليمات الشركة المصنعة.

4.8. إشارات الخطر والإنذار:

4.8.1. يقوم قسم الصيانة الطبية بإتباع مسار عمل محدد لإشارات الخطر، وتوثيق الإجراءات المتخذة.

recalls, take such action, and document actions taken.

4.9. OVR (Occurrence, Variance, Report):

4.9.1. OVR filled by BMD staff in case of danger of use the medical equipment for the patient and the users or in case of unusual failure occurred to any medical equipment due to miss use.

4.9.2. The filled OVR signed by the head of the department and then send to the TQM department to take the corrective action regarding the concerned incident.

4.9.3. The record must be kept in TQM department.

4.10. Monitoring:

4.10.1. The head of BMD is responsible to ensure the implementation the program including the database of all medical equipments and documented.

4.9. تقارير إثبات حادث:

4.9.1. يقوم موظفي قسم الصيانة الطبية بكتابة تقرير إثبات حادث في حالة حدوث خطر في استخدام الأجهزة الطبية للمريض ولمستخدم الجهاز أو في حالة العطل الغير متوقع نتيجة لسوء الاستخدام.

4.9.2. يقوم رئيس القسم بالتوقيع على نموذج تقرير حادث وإرساله إلى قسم الجودة لاتخاذ الإجراءات التصحيحية فيما يتعلق بالحادثة المعنية.

4.9.3. يجب أن يبقى التقرير في قسم الجودة الشاملة.

4.10. المراقبة:

4.10.1. رئيس قسم الصيانة الطبية مسئول عن تقييم تطبيق برنامج الصيانة الطبية شاملاً وجود قاعدة بيانات للمعدات الطبية والتوثيق.

6- <u>RESPONSIBILITIES</u> :

6.1 Biomedical Engineering: maintaining all medical equipments in the center**.**

6.2 Head of departments in the center:

6.2.1 Orienting new staff members on :

1. The capabilities, limitations, special applications of the available equipments.
2. Basic operating and safety procedures of the equipments.
3. Daily maintenances procedures (cleaning and calibration).
4. Emergency procedures if failure of equipment occurred occurs.
5. The reporting procedures for equipment problems, failures and user errors.

6.2.2 Informing BMD when receiving new incoming equipment to the department or transferring any equipment from one department to another.

6.2.3 Inform BMD in case of needed training for any equipment.

5. <u>المسئوليات</u>:

5.1 مهندس الصيانة الطبية: مسؤول عن صيانة جميع المعدات الطبية بالمركز والمحافظة عليها.

5.2 رؤساء الأقسام بالمركز:

5.2.1. تعريف الموظفين الجدد على:

1. الإمكانيات والحدود والتطبيقات الخاصة للمعدات الموجودة.
2. إجراءات التشغيل والسلامة للمعدات.
3. عمل إجراءات الصيانة اليومية (التنظيف والمعايرة).
4. الإجراءات المتخذة في حالة حدوث خلل طارئ بالمعدات الطبية.
5. الإجراءات المتبعة عند الإبلاغ عن أي مشاكل أو أعطال أو سوء استخدام للمعدات.

5.2.2. إبلاغ الصيانة الطبية في حالة تلقي أجهزة طبية جديدة أو عند نقل أجهزة طبية من قسم لآخر.

5.2.3. إبلاغ الصيانة الطبية في حالة الحاجة إلى التدريب على الأجهزة الطبية.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Medical Equipment Management Plan خطة إدارة المعدات الطبية	Page 5 of 5
Department: FMS	Policy Number: FMS-PLAN-009EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-009EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1Medical equipment inventory list.

6.1 قائمة جرد المعدات الطبية.

7REFERRANCES(المراجع):

7.1CE0301- Medical Equipment Planning.

7.1- سياسات الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Hazardous Materials &Waste Management program** **برنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات**	**Page 1 of 8**
Department:	**Policy Number: FMS-PRG-007EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PRG-007EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1. **PURPOSE:**

1.1 To develop a system that addresses the identification, selection, handling, storage, use and disposal of hazardous materials and waste.

1.2 To assure the health and safety of the patients, visitors and staff by:

1.2.1 Reducing the volume of hazardous waste and the cost of disposal through proper identification, segregation, and disposal procedures.

1.2.2 Reducing the risk associated with hazardous materials by identifying and evaluating alternative products and processes for use within the center.

2. **DEFINITIONS:**

2.1. HAZMAT: Hazardous Materials and Waste Management

2.2. MSDS: Material safety data sheet

3. **POLICY:**

3.1. Staff who use hazardous material and waste will be provided with information and training, which is consistent with the Hazardous material and waste Right-to-Know Law.

3.2. Each department shall oversee and supervise all aspects of compliance with these laws.

4. **PROCEDURES:**

4.1. Hazardous materials and waste selection, handling, storage, transportation, usage and disposal from receipt or generation through use to final disposal :

4.1.1. A system has been developed that addresses the identification of hazardous materials and waste from selection to the point of final disposal.

4.1.2. Policies and procedures related to various hazardous materials and wastes are reviewed, revised and approved by the Safety Committee.

4.1.3. The department heads will review the use of the hazardous materials in their departments

1. **الغرض:**

1.1 وضع نظام للتعرف على، اختيار، تداول، تخزين، استخدام والتخلص من المواد الخطرة والنفايات.

1.2 ضمان الصحة والسلامة للمرضى والزوار والموظفين من خلال:

1.2.1 التقليل من حجم النفايات الخطرة وتكلفة التخلص منها من خلال الإجراءات السليمة للتعرف عليها وفصلها والتخلص منها.

1.2.2 التقليل من المخاطر المرتبطة بالمواد الخطرة من خلال اختيار وتقييم استخدام منتجات وعمليات بديلة للاستخدام داخل المركز.

2. **التعريفات:**

HAZMAT2.1:إدارة النفايات والمواد الخطرة

MSDS 2.2: نشرة بيانات السلامة للمواد

3. **السياسة:**

3.1 يجب توفير التدريب والمعلومات عن المواد الخطرة والنفايات للموظفين الذين يستخدموها والذي يتسق مع قانون حق المعرفة للمواد الخطرة والنفايات.

3.2 يجب على جميع الأقسام المراقبة والإشراف على جميع نواحي الامتثال لهذه القوانين.

4. **الإجراءات:**

4.1 اختيار المواد الخطرة والنفايات وتداولها وتخزينها ونقلها واستخدامها والتخلص منها من الاستلام أو التولد حتى الاستخدام والتخلص النهائي:

4.1.1 يتم تطوير نظام للتعرف على المواد الخطرة والنفايات من الاختيار إلى نقطة التخلص النهائي.

4.1.2 تتم مراجعة السياسات والإجراءات المتعلقة بالمواد الخطرة والنفايات المختلفة وتنقيحها واعتمادها من لجنة السلامة.

4.1.3 يقوم رؤساء الأقسام بمراجعة استخدام المواد الخطرة في أقسامهم وتقديم النتائج النهائية للجنة السلامة.

4.1.4 تقوم لجنة السلامة بتقديم توصيات بشأن تقليل المواد

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Hazardous Materials &Waste Management program برنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات	Page 2 of 8
Department:	Policy Number: FMS-PRG-007EA(2)	Replaces No.: FMS-PRG-007EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

annually and submit the findings to the Safety Committee.

4.1.4. In an effort to reduce the use of hazardous materials, The Safety Committee will make recommendations regarding less hazardous products to the Safety Officer.

4.2. Written criteria to identify, evaluate and an inventory of all hazardous materials used or generated :

4.2.1. The center will keep a list of materials classified as being hazardous material or waste, the hazardous material list will be kept in the safety department, and the waste list will be kept in the housekeeping department.

4.2.2. Each department will be responsible for identifying and labeling all hazardous materials and waste within their department/area.

4.2.3. Upon ordering hazardous materials, the department head initiating the order will inform the management that hazardous materials are being ordered, the management shall develop guidelines for receiving, identifying and delivering these materials to their destination.

4.2.4. Inventory levels of all hazardous materials will be routinely reviewed for appropriateness as a part of the overall inventory management program of the center.

4.2.5. Each department head is responsible for keeping a current inventory of hazardous materials used in the department. (MSDS sheets).

4.2.6. A Material Safety Data Sheet is to be obtained for every chemical used in the center and identified as hazardous. A master file of all Material Safety Data Sheets will be kept in the Safety Department, Nursing Supervisor Office, Pharmacy, Housekeeping and Laboratory.

4.3. The management of chemical waste and regulated medical waste i.e. sharps:

4.3.1. Policies and Procedures related to chemical and physical hazards shall be reviewed by the Safety Committee and the Infection Control Committee for infectious hazards on a biannual basis.

4.3.2. All Sharps, including hypodermic needles and syringes, suture needles, knife blades and opened glass ampoules of medicine will be

الخطرة إلى مسؤول السلامة في محاولة للحد من استخدام المواد الخطرة.

4.2. وضع معايير مكتوبة لتحديد وتقييم وجرد جميع المواد الخطرة المستخدمة أو المتولدة:

4.2.1. يحتفظ المركز بقائمة المواد التي يمكن تصنيفها مواد خطرة أو نفايات، حيث تحفظ قائمة المواد الخطرة في قسم السلامة، وتحفظ قائمة النفايات في قسم النظافة.

4.2.2. يجب أن يكون كل قسم مسؤول عن تحديد المواد الخطرة والنفايات الموجودة داخل القسم ووضع ملصق عليها.

4.2.3. عند طلب أي من المواد الخطرة: يقوم رئيس القسم بإبلاغ الإدارة بأن تلك المواد الخطرة تم طلبها، حيث تقوم الإدارة بوضع مبادئ توجيهية لاستلام والتعرف على وتسليم تلك المواد إلى وجهتها.

4.2.4. سيتم مراجعة مستويات التخزين لجميع المواد الخطرة بشكل روتيني للتأكد من ملائمة التخزين كجزء من برنامج إدارة المخزون العام للمركز.

4.2.5. يجب أن يكون كل قسم مسؤول عن الحفاظ على حصر للمخزون الحالي من المواد الخطرة المستخدمة في القسم. (أوراق MSDS).

4.2.6. يجب الحصول على نشرة بيانات السلامة للمواد لجميع المواد الكيميائية التي تستخدم في المركز وتصنف على أنها خطرة، حيث سيتم الاحتفاظ بملف رئيسي لجميع نشرات بيانات السلامة للمواد في قسم السلامة، مكتب مشرفة التمريض والصيدلة وقسم النظافة والمختبر.

4.3. إدارة النفايات الكيميائية والنفايات الطبية (مثل الأدوات الحادة):

4.3.1. يجب مراجعة السياسات والإجراءات المتعلقة بالمخاطر الكيميائية والمادية بواسطة لجنة السلامة ولجنة مكافحة العدوى بشكل نصف سنوي.

4.3.2. يجب التخلص من جميع الأدوات الحادة والتي تشمل إبر وسرنجات الحقن وإبر الخياطة والشفرات وزجاج أمبولات الأدوية المفتوحة في حاويات الأدوات الحادة المقاومة للثقب.

4.4. مراقبة الغازات والأبخرة الخطرة والتخلص منها:

4.4.1. يجب تدريب الموظفين العاملين في مجال استخدام ونقل الغاز المضغوط على التعامل السليم مع اسطوانات الغاز وعربة نقل الاسطوانات وغطاء صمام الاسطوانة.

4.4.2. يجب حماية جميع مناطق تخزين اسطوانات الغاز في داخل وخارج المركز من الحرارة والبرد الشديد وبعيداً عن متناول الأفراد الغير المعنيين.

4.4.3. يتم فحص اسطوانات الغاز المضغوط دورياً بمجرد النظر لضمان وجودها في حالة آمنة.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Hazardous Materials &Waste Management program برنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات	Page 3 of 8
Department:	Policy Number: FMS-PRG-007EA(2)	Replaces No.: FMS-PRG-007EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

disposed of into puncture-resistant Sharps containers.

4.4. Hazardous gas and vapors monitoring and disposing:

4.4.1. Personnel involved in the use and transport of compressed gas shall be trained in the proper handling of cylinders, cylinder trucks and supports and cylinder valve protection caps.

4.4.2. All cylinder storage areas, outside and inside, shall be protected from extremes of heat and cold and from access by unauthorized individuals.

4.4.3. Regular visual inspections of compressed gas cylinders are performed to ensure cylinders are in safe condition.

4.4.4. All pressure relief safety devices meet the Compressed Gas Association (CGA) requirements.

4.4.5. Storage areas for gaseous and liquefied hydrogen systems must be well ventilated. Hydrogen oxygen storage will be kept away from electric power lines, flammable or liquid gases, ignition sources, flammable and combustible materials and populated areas.

4.4.6. Oxygen cylinders must be stored a minimum of 20 feet apart from fuel-gas cylinders or combustible materials.

4.4.7. Areas using ethylene oxide and formaldehyde will be identified and monitored.

4.5. Adequate and appropriate space and equipment is provided for the safe handling and storing of hazardous materials and waste:

4.5.1. All hazardous materials are received in stored in a designated supply closet for chemicals only. Chemicals are properly labeled with a description of the hazard they represent.

4.5.2. Materials, which ignite easily under normal conditions (flammable), are considered fire hazards and will be stored in a cool, dry, well-ventilated storage space, away from areas of fire hazard.

4.5.3. Highly flammable materials will be kept in an area separate from oxidizing agents (material susceptible to spontaneous heating; explosives, etc.).

4.4.4. يجب أن تكون جميع أجهزة تخفيف الضغط متوافقة مع متطلبات جمعية اسطوانات الغاز المضغوط.

4.4.5 يجب أن تكون مناطق تخزين أنظمة الهيدروجين الغازي والسائل جيدة التهوية كما يجب أن يتم تخزين الأكسجين السائل بعيدا عن خطوط الطاقة الكهربائية وعن الغازات القابلة للاشتعال أو السائلة وعن مصادر الاشتعال وعن المواد القابلة للاشتعال والمناطق المأهولة بالسكان.

4.4.6 يجب أن يتم تخزين اسطوانات الأكسجين ما لا يقل عن 20 قدما بعيدا عن اسطوانات غاز الوقود أو المواد القابلة للاشتعال.

4.4.7 يجب أن يتم تحديد مناطق استخدام أكسيد الإيثلين والفورمالديهايد ومراقبتها.

4.5 توفير المساحة والمعدات الكافية والمناسبة اللازمة لتداول وتخزين المواد الخطرة والنفايات:

4.5.1 يجب استلام جميع المواد الخطرة في خزائن مخصصة للمواد الكيمائية فقط. ويجب وضع علامات تحذيرية على المواد الكيميائية تصف المخاطر التي تمثلها.

4.5.2 تعتبر المواد التي تشتعل بسهولة في الظروف العادية (القابلة للاشتعال) من مخاطر الحرائق ويجب تخزينها في مكان بارد وجاف وجيد التهوية بعيدا عن مناطق مخاطر الحريق.

4.5.3 يتم تخزين المواد سريعة الاشتعال في منطقة منفصلة عن العوامل المؤكسدة (المواد القابلة للاحتراق التلقائي، المتفجرات، وغيرها).

4.5.4 يجب تزويد منطقة تخزين المواد القابلة للاشتعال بمعدات مكافحة الحرائق الآلية أو اليدوية، كما يتم وضع علامات " مواد قابلة للاشتعال " في منطقة التخزين وحولها.

4.5.5 لا يجب تخزين المواد المؤكسدة بالقرب من السوائل ذات نقطة الوميض المنخفضة.

4.5.6 يجب تخزين الأحماض والمواد الحساسة ذات الأبخرة الحمضية في منطقة باردة وجافه وجيده التهوية.

4.5.7 يجب تخزين المواد السامة أو التي يمكن أن تتحلل إلى مكونات سامة عند التعرض للحرارة والرطوبة والأحماض أو الأبخرة الحمضية في مكان بارد وجيد التهوية بعيدا عن أشعة للشمس المباشرة. ويجب عزل المواد السامة التي يمكن أن تتفاعل مع بعضها.

4.5.8 سيتم تخزين المواد الأكالة في منطقة باردة وجيدة التهوية (أعلى من نقطة التجميد الخاصة بهم)، كما يجب فحص حاويات المواد الأكالة على فترات منتظمة لضمان وضع علامة عليها وأنها مغلقة. كما يجب عزل المواد الأكالة عن غيرها من المواد.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Hazardous Materials &Waste Management program** **برنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات**	**Page 4 of 8**
Department:	**Policy Number: FMS-PRG-007EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PRG-007EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.5.4. The storage area for flammables will be supplied with firefighting equipment, either automatic or manual. There will be "flammable material" signs posted in and around the storage area.

4.5.5. Oxidizers will not be stored close to liquids of low flash point.

4.5.6. Acids and acid fume sensitive materials will be stored in a cool dry, well-ventilated area.

4.5.7. Materials which are toxic as stored or which can decompose into toxic components from contact with heat, moisture, acids or acid fumes will be stored in a cool, well-ventilated place out of the direct rays of the sun. Incompatible toxic materials will be isolated from each other.

4.5.8. Corrosive materials will be stored in a cool well-ventilated area (above their freeze point), The containers will be inspected at regular intervals to ensure they are labeled and kept closed. Corrosives will be isolated from other materials.

4.5.9. Personal protective clothing and equipment will be available for use when handling these materials, the staff are trained in the appropriate use of personal protective clothing and equipment by their department head.

4.6. All hazardous materials or waste spills, exposures and other incidents are reported and investigated:

- An incident report form will be completed on all hazardous materials and waste spills and exposures, the safety officer shall investigate all hazardous materials and waste spills and exposure. The incident report will be reviewed and studied by the Safety committee to determine the cause of the incident and make recommendations to prevent the reoccurrence of related incidents.

4.7. An orientation and education program for employees who manage or have contact with hazardous materials and waste is in place:

- All persons required managing or handling hazardous chemicals, materials or waste will be provided with appropriate orientation, personal protective equipment and job training. Each department is responsible for training each individual handling hazardous materials and waste.

4.8. Employee orientation and education shall include the following:

4.5.9. يجب أن تكون معدات الحماية الشخصية والملابس الواقية متاحة للاستخدام عند التعامل مع هذه المواد ويجب تدريب الموظفين على الاستخدام المناسب لملابس ومعدات الوقاية الشخصية بواسطة رئيس القسم.

4.6. الإبلاغ عن انسكاب جميع المواد الخطرة أو النفايات أو التعرض لها وغيرها من الحوادث والتحقيق فيها:

- يجب عمل نموذج تقرير الحادثة على الانسكابات والتعرض لجميع المواد الخطرة والنفايات ويجب على مسؤول السلامة التحقيق في انسكاب جميع المواد الخطرة والنفايات والتعرض لها حيث يتم دراستها من قبل إدارة السلامة لتحديد سبب وقوع الحادث وتقديم توصيات لمنع تكرار الحوادث ذات الصلة.

4.7. تنفيذ برنامج التعريف والتعليم للموظفين الذين يتعاملون مع المواد الخطرة والنفايات:

- يجب توفير التعريف لجميع الأشخاص الذين يتعاملون مع المواد الكيميائية الخطرة أو النفايات ويجب توفير معدات الوقاية الشخصية والتدريب على العمل، حيث يجب أن يكون كل قسم مسؤول عن تدريب كل فرد على التعامل مع المواد الخطرة والنفايات.

4.8. يشمل تعريف وتعليم الموظفين ما يلي:

4.8.1. معلومات حول برنامج المواد الخطرة.

4.8.2. التعرف على المواد الخطرة في أماكن عملهم والمخاطر الصحية المرتبطة بسوء استخدام هذه المواد.

4.8.3. يجب تدريب الموظف في الخدمة على ما يلي:

1. موقع الإجراءات المكتوبة لتقييم الخطر.
2. موقع البرنامج المكتوب للمواد الخطرة.
3. موقع قائمة المواد الخطرة.
4. موقع MSDS.
5. كيفية الكشف عن وجود مواد خطرة.
6. الإجراءات الخاصة التي يتم تنفيذها لحماية الموظف.
7. كيفية قراءة وتفسير المعلومات على ملصقات التعريف وMSDS.
8. إجراءات الطوارئ التي تستخدم في حالة التعرض للمواد الخطرة أو حدوث انسكاب.
9. إجراءات الإبلاغ عن الحوادث بما في ذلك الانسكابات والتعرض للمواد الخطرة.
10. أين يمكن الحصول على مزيد من المعلومات.
11. يتم إعادة التدريب سنويا وكلما أدخلت تغييرات على الأخطار أو تم إدخال أخطار الجديدة لبيئة العمل.
12. يتم تقييم فعالية تدريب الموظفين من قبل رئيس

4.8.1. Information about the hazard communication program.
4.8.2. Identification of the hazardous materials in their workplace and the health hazards associated with the mishandling of these materials.
4.8.3. The employee will be in-serviced on the following:
1. Location of written hazard evaluation procedures;
2. Location of written description of Hazardous Communication Program;
3. Location of list of hazardous materials;
4. Location of MSDS;
5. How to detect the presence of hazardous materials;
6. Specific measures that have been implemented to protect the employee;
7. How to read and interpret information on labels and MSDS;
8. Emergency procedures to use in the event of an exposure or spill;
9. Reporting procedures for incidents including spills and exposures;
10. Where to get more information.
11. Retraining will be done annually and whenever the hazard changes or a new hazard is introduced to the work environment.
12. The effectiveness of all staff training will be evaluated by the department head and additional training supplied to the employee if they do not meet the required level of competence.

4.9. Performance Standards:
4.9.1. There is a planned, systematic, interdisciplinary approach to process design, performance measurement, analysis and improvement related to organization –wide hazardous Materials and waste management.
4.9.2. The Safety Committee will develop and establish performance measures and related outcomes: they will be prioritized based upon high –risk, high problem prone situations and potential or actual sentinel events.
4.9.3. The Safety Committee on an ongoing basis monitors performance regarding actual or

القسم، ويتم تقديم تدريبات إضافية للموظف إذا كان لا يلبي المستوى المطلوب من الكفاءة.

4.9. معايير الأداء:
4.9.1. توجد خطة ونظام متعدد التخصصات لآلية التصميم وقياس الأداء والتحليل والتحسين لبرنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات.
4.9.2. تقوم لجنة السلامة بتطوير وإنشاء مقاييس للأداء والنتائج حيث يتم إعطاء الأولوية استناداً إلى الأكثر خطورة والمواقف الأكثر عرضة للمشاكل والأحداث الجسيمة أو المحتملة.
4.9.3. تقوم لجنة السلامة بمراقبة الأداء بشأن المخاطر الفعلية أو المحتملة المتعلقة بواحد أو أكثر مما يلي:
1. معرفة مهارات الموظفين
2. مستوى أنشطة مشاركة الموظفين.
3. أنشطة الرصد والتفتيش.
4. الإبلاغ عن الحوادث والطوارئ.
5. التفتيش والصيانة الوقائية واختبار معدات السلامة.

4.9.4. تقوم لجنة السلامة بإتباع منهجية التحسين في المركز باستخدام نموذج FOCUS-PDCA لتحديد فرص التحسين.
4.9.5. يوصى باستخدام مقاييس الأداء التالية:
1. نسبة الموظفين القادرين على إثبات معارفهم ومهاراتهم ودورهم في المشاركة في برنامج المواد الخطرة والنفايات.
2. نسبة وحدات التخلص من النفايات الخطرة في القسم التي تحتوي على مواد غير مناسبة.
3. عدد تقارير الأحداث للمواد الخطرة
4. التفتيش على التخلص من النفايات الخطرة في المنطقة والتي تتطلب إجراءات تصحيحية.

4.10. وصف لإجراءات الطوارئ للاحتياطات الخاصة والإجراءات ومعدات الوقاية المستخدمة أثناء انسكاب أو التعرض للمواد الخطرة والنفايات:
4.10.1. يجب اتخاذ الإجراءات التالية في حالة وجود تسرب أو انسكاب:
1. يجب أولاً تحديد نوع المادة الكيميائية قبل محاولة تنظيف أي تسرب للمواد الكيميائية الخطرة.
2. يجب الحصول على دليل بيانات السلامة للمادة الكيميائية وإتباع الإرشادات وفقا للإجراءات المقررة لتنظيف هذا النوع من التسرب الكيميائي.
3. يجب تنبيه الناس في المنطقة المجاورة وإبلاغ مشرف المنطقة ومسؤول السلامة.
4. يجب إخلاء جميع الموظفين من المنطقة وإغلاق

potential risks related to one or more of the following :

1. Staff knowledge and skills.
2. Level of staff participation activities.
3. Monitoring and inspection activities.
4. Emergency and incident reporting.
5. Inspection, preventive maintenance and testing of safety equipment.

4.9.4. To identify opportunities for improvement, the Safety Committee will follow the center improvement methodology, the FOCUS-PDCA model.

4.9.5. T**he following performance measures are recommended:**

1. Percent of staff able to demonstrate their knowledge and skill of their role expected participation in the hazardous materials and waste program.
2. Percent of hazardous waste disposable units per department containing inappropriate items.
3. No. of hazardous materials incident reports.
4. Hazardous waste disposal area inspection requiring corrective action.

4.10. The emergency procedures for the specific precautions, procedures and protective equipment used during hazardous material and waste spills or exposures are described:

4.10.1. If a leak or spill is found the following actions shall be taken:

1. Identify the chemical before attempting to clean up any hazardous chemical spill or splash.
2. Obtain MSDS on chemical, Follow the directions according to the established procedures for cleaning up that kind of chemical spill or leak.
3. Notify people in the immediate area, the supervisor and the safety officer.
4. Evacuate all personnel from the area and close all doors.
5. Ensure adequate ventilation.
6. If a fire occurs set off the fire alarm and extinguish flames.
7. Wait by the spill area: well out of danger, until help arrives. Avoid tracking through

كافة الأبواب.

5. يجب التأكد من وجود التهوية الكافية.
6. إذا حدث حريق: أطلق جرس الإنذار وحاول إطفاء الحريق.
7. انتظر بالقرب من منطقة الانسكاب خارج منطقة الخطر حتى وصول المساعدة، يجب تفادي المرور من خلال التسرب.
8. يجب الحصول على معدات الحماية الشخصية المناسبة. (انظر MSDS).
9. يتم عمل تقرير كامل عن حادث الانسكاب أو التسرب.

4.11. التقييم السنوي لأهداف ونطاق وأداء وفعالية برنامج المواد الخطرة والنفايات:

4.11.1. يشمل التقييم السنوي لبرنامج إدارة المواد الخطرة والنفايات مراجعة نطاق البرنامج الحالي وفقا لمعايير CBAHI لتقييم درجة الامتثال لمعايير الاعتماد وتقييم المخاطر الحالية في المركز.

4.11.2. يتم عمل مقارنة بين التوقعات والنتائج الفعلية للبرنامج لتحديد ما إذا تمت تلبية غايات وأهداف البرنامج.

4.11.3. يتم تقييم الأداء العام للبرنامج من خلال تقييم نتائج تحسين الأداء.

4.11.4. يتم تقييم الفعالية الشاملة للبرنامج من خلال تحديد إلى أي درجة تمت تلبية التوقعات.

the spill.

8. Obtain appropriate personal protective equipment. (See MSDS)
9. Complete incident report on spill or leak.

4.11. Annual evaluation of the hazardous materials and waste Program objectives, scope, performance and effectiveness:

4.11.1. The annual evaluation of the Hazardous Materials and Waste Management Program will include a review of the scope according to the current CBAHI standard to evaluate the degree in which the program meets the accreditation standards and the current risk assessment of the center.

4.11.2. A comparison of the expectations and actual results of the program will be evaluated to determine if the goals and objectives of the program were met.

4.11.3. The overall performance of the program while reviewed by evaluating the results of performance improvement outcomes.

4.11.4. The overall effectiveness of the program will be evaluated by determining the degree that expectations were met.

6- RESPONSIBILITIES :

6.1 The Infection Control, Safety and housekeeping departments and Safety Committee are responsible for developing, implementing, monitoring and managing the Hazardous Materials and Waste Management Program.

5. المسئوليات:

5.1. أقسام مكافحة العدوى والسلامة والنظافة ولجنة السلامة بالمركز هي المسئولة عن وضع وتنفيذ ورصد وإدارة برنامج المواد الخطرة والنفايات.

7- FORMS:NA

7-النماذج: لا يوجد

8-REFERRANCES(المراجع):

8.1 King Faisal Specialist Hospital's hazardous material and waste management program.

8.1 برنامج إدارة المواد والمخلفات الخطرة بمستشفى الملك فيصل التخصصي.

	Name الاسم	Title الوظيفة	Date التاريخ	Signature التوقيع
Prepared By إعداد		FMS officer مسئول قسم الأمن و السلامة		
Reviewed By مراجعة		Quality coordinator منسق الجودة		
Approved By اعتماد		PHCC director مدير المركز		

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Utility Management Plan** **خطة إدارة المرافق**	**Page 1 of 8**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PLAN-010 EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-010 EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. PURPOSE:

1.1. To provide a safe and comfortable patient care environment by managing the risks associated with safe operation and the functional reliability of the center's utility systems.

2. DEFINITIONS:

2.1. Preventive maintenance: The maintenance, which is carried out through a pre-determined schedule for the center systems, to maintain it and reduce the number of failures.

2.2. Emergency maintenance: The maintenance that is occurred because of sudden failure of any system in the center.

3. POLICY:

3.1. The utility systems management plan monitors, evaluates and maintains the utility systems in use at the center according to the applicable laws and regulations.

3.2. Maintenance is done for all equipment and facilities in the center, whether preventive or emergency maintenance.

3.3. There is a system to check the electricity and take the necessary precautions in case of power outages.

3.4. There is a system to handle and store medical gas cylinders.

3.5. There is a system to provide water supply all over 24 hours.

3.6. There is a record to identify and document utility problems, failures and user errors.

4. PROCEDURES:

4.1. Inventory list of essential Equipments:

4.1.1. This file must contain a complete list of all essential non-medical equipment in the Center.

1. الغرض:

1.1 لتوفير بيئة آمنة ومريحة لرعاية المرضى وذلك بإدارة المخاطر المرتبطة بالتشغيل الآمن والمضمون لمرافق المركز.

2. التعريفات:

2.1. الصيانة الوقائية: هي الصيانة التي تتم عن طريق جدول محدد مسبقا لأنظمة المركز، للحفاظ عليها والتقليل من عدد الأعطال بها.

2.2. الصيانة الطارئة: هي الصيانة التي تحدث نتيجة توقف احد الأنظمة بالمركز عن العمل بشكل مفاجئ.

3. السياسة:

3.1. تقوم خطة إدارة المرافق بمراقبة وتقييم والمحافظة على أنظمة المرافق بالمركز في حالة تشغيلية جيدة وفقاً للوائح والقوانين المعمول بها.

3.2. يتم عمل الصيانة لجميع المعدات والمرافق بالمركز سواء كانت صيانة وقائية أو طارئة.

3.3. يوجد نظام لفحص الكهرباء واخذ الاحتياطات اللازمة في حالة انقطاع الكهرباء.

3.4. يوجد نظام يحدد كيفية تداول وتخزين اسطوانات الغازات الطبية.

3.5. يوجد نظام لتوفير إمدادات المياه على مدار اليوم.

3.6. يوجد سجل خاص لتحديد وتسجيل المشاكل والأعطال والاستخدام الخاطئ للمرافق.

4. الإجراءات:

4.1. ملف جرد المعدات الرئيسية:

4.1.1. ينبغي أن يحتوي هذا الملف على قائمة كاملة بكافة المعدات غير الطبية الأساسية الموجودة في المركز.

4.1.2. The Utility Systems Management Plan shall include equipment that meets the following criteria:

1. Equipment that constitutes a risk to patient life support upon failure.
2. Equipment maintains the climatic environment in patient care areas.
3. Equipment that is part of the communication system, which may affect the patient or the patient care environment.
4. Equipment is a part of a building system, which is used for infection control
5. Equipment, which is an auxiliary part of a system control or interface to patient care environment, life support or infection, control.

4.1.3. The Essential systems in the center include :

1. Normal power.
2. Emergency Power.
3. Air conditioning units.
4. Fire alarm system.
5. Water supply.

4.2. <u>Equipment Maintenance</u> :

4.2.1. Preventive Maintenance :

1. The maintenance department must develop a Comprehensive maintenance plan for testing, inspection and maintenance of the equipment for the utility systems in the center.
2. The results of tests, inspection and maintenance shall be documented in a special registry.
3. The maintenance department in the public health administration will perform the Preventive Maintenance for all essential systems depending on the Manufacturer's recommendations, operating and maintenance manuals and on the risk levels assessment, These systems include : electricity, generators, air conditioners , water, Fire alarm system, communications, buildings, floors ,refrigerators and freezers.
4. A File must be developed for the planned preventive maintenance procedures that include full and detailed lists and frequency

4.1.2. يتم اختيار المعدات الأساسية التي تدخل ضمن خطة إدارة المرافق بناء على المعايير التالية:

1. المعدات التي تمثل خطورة على حياة المريض عند تعطلها.
2. المعدات التي تحافظ على مناخ البيئة في مناطق رعاية المريض.
3. معدات الاتصال التي يمكن أن تؤثر على رعاية المريض.
4. المعدات التي تشكل جزء من مبنى المركز والتي تستخدم من قبل مكافحة العدوى بالمركز.
5. المعدات المساعدة التي يمكن أن تتداخل مع دعم الحياة للمرضى أو بيئة الرعاية أو مكافحة العدوى.

4.1.3. تشمل الأنظمة الأساسية بالمركز التالي:

1. الكهرباء العادية.
2. الكهرباء الاحتياطية.
3. تكييف الهواء.
4. إنذار الحريق.
5. مصادر المياه.

4.2. <u>صيانة المعدات</u>:

4.2.1. الصيانة الوقائية:

1. ينبغي وضع برنامج شامل بواسطة قسم الصيانة لاختبار وفحص وصيانة كافة معدات ومرافق المركز.
2. يجب تسجيل جميع نتائج الاختبارات والفحص والصيانة في سجل خاص.
3. يقوم قسم الصيانة بإدارة الصحة العامة بأعمال الصيانة الوقائية للأنظمة الأساسية والمهمة والتي تعتمد على توصيات الشركة المصنعة وأدلة التشغيل والصيانة لهذه الأنظمة وعلى تقييم مستوى الخطورة، وتشمل هذه الأنظمة: الكهرباء، المولدات، تكييف الهواء، المياه، نظام إنذار الحريق، الاتصالات، المباني، الأرضيات، الثلاجات والفريزرات.
4. ينبغي عمل ملف لإجراءات الصيانة الوقائية المخطط لها، ويشتمل هذا الملف على قوائم كاملة وتفصيلية لكافة إجراءات الصيانة وعدد مرات الصيانة في المركز.

4.2.2. الصيانة الإصلاحية:

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Utility Management Plan خطة إدارة المرافق	Page 3 of 8
Department: FMS	Policy Number: FMS-PLAN-010 EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-010 EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

for all maintenance procedures done in the center.

4.2.2. Corrective Maintenance :

1. It will be done by telephone notification to the maintenance department in the public health administration or to the responsible company for maintenance (.......... company)

4.3. Emergency plan for system failure:

4.3.1. The Maintenance department will make an emergency plan for system failure in order to maintain the center as an environment suitable and safe for employees and customers, These systems include :

1. Normal power.
2. Emergency Power.
3. Air-conditioning units.
4. Fire alarm system.
5. Water supply.

4.3.2. In case of utility system malfunction or failure: Call the center director, to notify the maintenance department in the public health administration or the responsible company (………………… company).

4.4. Power system:

4.4.1. All electricity socket outlet used at the center are (220) volts.

4.4.2. Normal power and Emergency Power socket outlets are identified, to be used when needed, and tested periodically during testing the generator.

4.4.3. Backup generators are the main parts of the electricity system , must be maintained by :

1. Company specialized in the generators maintenance, under the supervision of maintenance department.
2. The Department of maintenance will follow-up maintenance and testing (weekly, monthly, and annual) for the generators.

4.4.4. Failure of Normal Power Procedures :

1. Standby Emergency Power Generator must be automatically start in the event of normal power failure.
2. The maintenance supervisor must ensure that the Emergency Power Generator is working, if there is failure: he must notify

1. يتم ذلك من خلال الإبلاغ هاتفياً إلى قسم الصيانة بالصحة العامة أو إلى الشركة المتعاقدة للصيانة (شركة ....)

4.3. خطة الطوارئ لتعطل الأنظمة:

4.3.1. يقوم قسم الصيانة بعمل خطة للطوارئ عند تعطل الأنظمة الأساسية وذلك للمحافظة على المركز كبيئة مناسبة وآمنة للعاملين والمراجعين وتشمل تلك الأنظمة:

1. الكهرباء العادية.
2. الكهرباء الاحتياطية.
3. تكييف الهواء.
4. إنذار الحريق.
5. مصادر المياه.

4.3.2. يجب الإبلاغ في حالة حدوث تعطل في مرافق المركز إلى مدير المركز، ومن ثم يتم الإبلاغ إلى قسم الصيانة بإدارة الصحة العامة أو إلى الشركة المسئولة (شركة ....).

4.4. نظام الكهرباء:

4.4.1. جميع مخارج الكهرباء المستخدمة بالمركز (220) فولت.

4.4.2. يتم تحديد المخارج الأساسية ومخارج الطوارئ للكهرباء وذلك لاستخدامها عند الحاجة ويتم اختبارها دوريا أثناء اختبار المولدات.

4.4.3. تعتبر المولدات الاحتياطية من الأجزاء الرئيسية بنظام الكهرباء، والتي يجب أن يقوم بصيانتها:

1. شركة متخصصة تكون مؤهلة في مجال صيانة المولدات تحت إشراف قسم الصيانة.
2. يقوم قسم الصيانة بعمل متابعة الصيانة والاختبارات (الأسبوعية، الشهرية، السنوية) للمولدات.

4.4.4. الحالات الطارئة حين انقطاع التيار الكهربائي:

1. يجب أن يعمل المولد الاحتياطي فوراً بمجرد انقطاع التيار الكهربائي.
2. يجب على مسؤول الصيانة التأكد من عمل المولد الاحتياطي بالمركز ويجب إبلاغ قسم الصيانة بإدارة الصحة العامة أو الشركة المسئولة فوراً في حالة تعطله.
3. يجب التأكد من أن الأماكن الحرجة بالمركز مرتبطة على الكهرباء الاحتياطية وتشمل التالي:
   - أنظمة الإنذار.
   - مضخات الحريق.

immediately the maintenance department in the public health administration or the responsible company.

3. The maintenance supervisor must ensure that adequate emergency power supply is available at the following critical areas :
   - Alarm Systems.
   - Fire Pumps.
   - Refrigerators of laboratory, pharmacy and immunization departments.
   - Escape routes and corridors.
4. Emergency Power Generator must be tested unloaded for (10) minutes weekly, and the results must be recorded.
5. Emergency Power Generator must be tested loaded for (30) minutes monthly, and a report must be prepared for that.
6. The periodic preventive maintenance must be done annually for the generators.
7. Green stickers are placed on the normal power socket outlets, while red stickers are placed on the emergency power socket outlets, and yellow stickers are placed on the battery-attached socket outlets.

4.5. Fire safety equipments :

4.5.1. Fire alarm system is being thoroughly inspected and maintained bi-annually by the maintenance department in the directorate.

4.5.2. The safety officer will inspect the fire alarm and smoke detection systems on a weekly basis, any system troubles or impairments will be reported by phone to the maintenance department in the directorate to be corrected at once.

4.5.3. The safety officer will inspect the fire extinguishers bimonthly, and will notify the center director in case of any expired fire extinguisher, (refer to fire safety plan).

4.6. Storage and handling of medical gas cylinders:

4.6.1. The gas cylinders are stored in dry, cool and well-ventilated storage room.

4.6.2. The gas cylinders must be placed in upright position, and secured with a chain.

- ثلاجات المختبر والصيدلية والتطعيمات.
- طرق الخروج والممرات.

4. يجب اختبار المولد أسبوعيا لمدة (10) دقائق، بدون حمل، وتسجيل النتائج في النموذج المخصص لذلك.

5. يجب اختبار المولد شهريا لمدة (30) دقيقة، على حمل المحطة، وإعداد تقرير بذلك.

6. يجب عمل الصيانة الدورية اللازمة للمولدات بشكل سنوي.

7. يوضع اللاصق الأخضر على مخارج الكهرباء الطبيعية أما مخارج الكهرباء المرتبطة بالمولدات يكون اللاصق اللون الأحمر أما مخارج المرتبطة بالبطاريات تكون ذات لون أصفر.

4.5. معدات السلامة من الحريق:

4.5.1 يتم فحص وصيانة نظام الإنذار من الحريق بشكل نصف سنوي بواسطة قسم الصيانة بالمديرية.

4.5.2 يقوم مسئول السلامة بفحص والتأكد من جاهزية نظام الإنذار وكواشف الدخان بشكل أسبوعي، وفي حالة وجود عطل يتم إبلاغ قسم الصيانة بالمديرية هاتفياً لتصحيحها فوراً.

4.5.3 يقوم مسئول السلامة بفحص طفايات الحريق بشكل دوري (كل شهرين) والإبلاغ في حالة وجود أي طفاية حريق منتهية (راجع خطة السلامة من الحريق).

4.6. تخزين وتداول اسطوانات الغازات الطبية:

4.6.1 يتم تخزين اسطوانات الغاز المضغوط في غرفة تخزين جافة وباردة وجيدة التهوية.

4.6.2 يجب أن توضع بشكل رأسي منظم، ويتم تأمينها بسلسلة.

4.6.3 يجب فصل الغازات المؤكسدة عن الغازات المشتعلة. (انظر سياسة تخزين ونقل اسطوانات الغاز المضغوط).

4.7. أنظمة الشفط المركزي:

4.7.1 يقوم قسم الصيانة بمتابعة صيانة أنظمة الشفط المركزي في المواقع الآتية: المختبر وغرفة التعقيم وعيادة الأسنان.

4.8. أنظمة تكييف الهواء:

4.8.1 ينبغي على قسم الصيانة وضع برنامج تشغيل وصيانة وقائي شامل لكافة معدات التكييف بالمركز، الغرض منه التأكد من سلامة وحسن أداء ونظافة ومعايرة وتعديل الجوانب الكهربائية والميكانيكية من أنظمة التكييف المختلفة.

4.8.2 يجب أن يتبع برنامج الصيانة تعليمات الشركة المصنعة

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Utility Management Plan خطة إدارة المرافق	Page 5 of 8
Department: FMS	Policy Number: FMS-PLAN-010 EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-010 EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.6.3. Oxidizing gases must be separated from flammable gases. (See Handling and Storage of compressed gas cylinders policy).

4.7. Central vacuum systems:

4.7.1. The Maintenance department must follow-up maintenance of the central vacuum systems at the following sites: Laboratory, sterilization unit and dental clinic.

4.8. Air-conditioning systems:

4.8.1. Maintenance department must develop a program for operation and maintenance for all air conditioning equipment at the center, to ensure the safety, good performance, cleanliness, calibrate and modify the electrical and mechanical aspects of the different air conditioning systems.

4.8.2. The maintenance program must follow the manufacturer's instructions provided with the equipment, as well as assets in accordance with the practice of engineering.

4.8.3. The maintenance department must prepare, update and maintain the log files as part of a preventive maintenance program.

4.8.4. To ensure the quality of air at the center, the department must perform the following:

1. Clean and change filters.
2. Clean air exits.
3. Cleaning air ducts.

4.8.5. The maintenance department must follow adjustment of the positive and negative pressure at least every 3 months (followed with Infection Control Department) for these locations:

1. Clean utility areas.
2. Dirty utility areas.
3. Laboratory.

4.9. Water Treatment:

4.9.1. Water system must be followed-up by the maintenance department.

4.9.2. Water supply must be provided throughout (24) hours.

4.9.3. In case of water supply shortage, the maintenance Supervisor will immediately assess the situation for the cause of water supply shortages and take appropriate action.

وكذلك وفقاً لأصول ممارسة الأعمال الهندسية.

4.8.3 يتعين على القسم عمل وتحديث السجلات كجزء من برنامج الصيانة الوقائية.

4.8.4 لضمان جودة الهواء بالمركز، يجب على قسم الصيانة متابعة عمل الآتي:

1. تنظيف وتغيير الفلاتر.
2. تنظيف مخارج الهواء.
3. تنظيف مجاري الهواء.

4.8.5 ينبغي على قسم الصيانة المتابعة الدورية للضغط السالب والموجب على الأقل كل 3 أشهر (يتم متابعة ذلك مع قسم مكافحة العدوى) لهذه الأماكن:

1. مناطق الخدمة النظيفة.
2. مناطق الخدمة الغير نظيفة.
3. المختبر.

4.9 معالجة المياه:

4.9.1 يتم متابعة نظام المياه عن طريق قسم الصيانة.

4.9.2 يجب متابعة توفر المياه على مدار (24) ساعة.

4.9.3 يجب على مسؤول الصيانة تقييم الموقف فوراً في حالة انقطاع إمدادات المياه، واتخاذ الإجراءات المناسبة.

4.9.4 ينبغي التعاقد مع أحد متعهدي توريد المياه، لتوريد مياه للمركز في حالات الطوارئ.

4.9.5 ينبغي أن تتم صياغة برنامج المعالجة والخدمات المقدمة بشكل محدد ومخصص لكل نوع من أنواع الأنظمة على حده وفقاً لتوصيات كيمائي مؤهل أو شركة أو مختبر معتمد ولهم خبرة في معالجة المياه.

4.9.6 يجب أن تتم المعالجة الجيدة لكافة أنظمة المياه وذلك لضمان حماية الأرواح ومنع تلف الممتلكات.

4.9.7 يجب أن يتم التحليل المائي من قبل أو تحت إشراف كيماوي مؤهل أو مختبر أو شركة متخصصة في مجال معالجة المياه، ويجري تنفيذ التحليل حسب ما يلي:

1. مرة شهرياً على أساس منتظم (فحص البكتريا).
2. مرة كل ستة أشهر (الفحص الكيميائي).
3. بعد أي تغير في برنامج المعالجة للتأكد من سلامة وحسن المعالجة.
4. يجب المحافظة على وتحديث السجلات عن جميع الفحوصات، بحيث تتوفر هذه السجلات عند الطلب.

4.9.4. The center must have contraction with one of the operators of water supply, to supply water to the center in emergencies.

4.9.5. The program of treatment and services provided must be formulated specifically for each type of the systems separately and in accordance with the recommendations of a qualified chemist or accredited company or laboratory with experience in water treatment.

4.9.6. Water systems must be treated effectively in order to ensure the protection of lives and prevent damage to the properties.

4.9.7. Any water analysis must be done by or under the supervision of qualified chemist or specialized laboratory or company in water treatment, and analysis is being carried out as follows:

1. Once every 30 days on a regular basis and frequently (bacterial investigation).
2. Once every six months (chemical investigation).
3. After any change in the program of treatment to ensure the safety and good treatment.
4. Records for all investigations must be maintained and updated, to be available on request.
5. The growth and reproduction of algae, bacteria and colloids must be prevented by using colloids inhibitors, algae inhibitors and bacteria inhibitors.

4.10. <u>Sewage</u>

4.10.1. The maintenance of these systems must be followed-up by the technician.

4.10.2. The preventive maintenance of all extensions and pumps must be Followed-up monthly.

4.11. **<u>Documents and Charts:</u>**

4.11.1. All center charts and documents for all the center systems must be maintained to be consulted at any time.

4.11.2. These documents and charts must be updated on a regular basis, and after any reinventions of the center systems.

4.12. **<u>Employee orientation and education</u>:**

4.12.1. All employees will be trained during general orientation and annually thereafter on the process for reporting problems, procedures for

.5 يتم منع نمو وتكاثر الطحالب والغرويات والبكتريا باستعمال مانعات الغرويات ومانعات الطحالب ومانعات البكتريا.

.4.10 **<u>أنظمة الصرف الصحي</u>:**

.4.10.1 يتم متابعة صيانة هذه الأنظمة من قبل قسم الصيانة بواسطة الفني المختص.

.4.10.2 يتم متابعة عمل الصيانة الوقائية الشهرية لكافة التمديدات، والمضخات.

.4.11 **<u>الوثائق والمخططات</u>:**

.4.11.1 يحتفظ الصيانة بالمركز بجميع المخططات والوثائق الخاصة بأنظمة المركز، والتي يمكن الرجوع إليها في أي وقت.

.4.11.2 يجب متابعة تحديث هذه الوثائق والمخططات بشكل دوري، وبعد أي استحداث لأنظمة المركز.

.4.12 **<u>تعريف وتثقيف الموظفين</u>:**

.4.12.1 يجب تدريب جميع الموظفين عن التعيين وبعد ذلك سنوياً على آلية الإبلاغ عن المشاكل، والإجراءات التي يجب اتخاذها للحفاظ على الوظائف الأساسية عند تعطل أنظمة المرافق.

.4.12.2 يجب توثيق ذلك التدريب، والاحتفاظ به في الملف الشخصي للموظف.

.4.13 **<u>التقييم السنوي لخطة إدارة المرافق</u>:**

.4.13.1 يشمل التقييم لبرنامج إدارة المرافق مراجعة النطاق الحالي للخطة وفقا لمعايير CBAHI لتقييم درجة الامتثال لمعايير الاعتماد وتقييم المخاطر الحالية في المركز.

.4.13.2 يتم عمل مقارنة بين التوقعات والنتائج الفعلية للبرنامج لتحديد ما إذا تمت تلبية غايات وأهداف البرنامج.

.4.13.3 يتم تقييم الأداء العام للبرنامج من خلال تقييم نتائج تحسين الأداء.

.4.13.4 يتم تقييم الفعالية الشاملة للبرنامج من خلال تحديد إلى أي درجة تمت تلبية التوقعات.

maintaining essential functions during utility failures.

4.12.2. The training is documented and kept in the employee's personnel file.

4.13. Annual evaluation of the utility management plan :

4.13.1. The annual evaluation of the utility Management Program will include a review of the scope according to the current CBAHI standard to evaluate the degree in which the program meets the accreditation standards and the current risk assessment of the center.

4.13.2. A comparison of the expectations and actual results of the program will be evaluated to determine if the goals and objectives of the program were met.

4.13.3. The overall performance of the program will be reviewed by evaluating the results of performance improvement outcomes.

4.13.4. The overall effectiveness of the program will be evaluated by determining the degree that expectations were met.

6. <u>RESPONSIBILITIES</u> :

6.1. Maintenance Supervisor:
Follow-up maintenance plans and supervision of the ma
contractors, and coordination with other departments v
center.

6.2. Department Heads:
Follow-up the implementation of the preventive maintena
in their departments.

6.3. Department Personnel :
Implementation of the preventive maintenance schedule a
if there is any failure.

6.4. Maintenance and Operational Company :
To provide qualified workers, with the relevant experienc
for maintenance, and for provision of consumables and s
for maintenance

5- المسئوليات:

6.1. مشرف الصيانة:
يقوم بمتابعة خطط الصيانة والإشراف على مقاولي الصيانة والتنسيق مع الأقسام الأخرى داخل المركز.

6.2. رؤساء الأقسام:
متابعة تنفيذ أعمال الصيانة الوقائية في أقسامهم.

6.3. العاملين بالقسم:
تنفيذ أعمال الصيانة الوقائية، والإبلاغ عن أي عطل.

6.4. شركة الصيانة والتشغيل:
توفير العمالة المؤهلة، وذات الخبرة المناسبة لأعمال للصيانة، وتوفير المستهلكات وقطع الغيار اللازمة لأعمال الصيانة.

7- **FORMS**: NA.

6- **النماذج**: لا توجد

7. **REFERRANCES(المراجع):**

7.1. Operation and maintenance Contracts.
7.2. ASHRAE (American Society of Heating, Refrigeration, and Air conditioning Engineering) standards.

7.1. عقود التشغيل والصيانة.
7.2. ASHRAE (الجمعية الأمريكية للتدفئة والتبريد وتكييف الهواء الهندسية) المعايير.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Internal Disaster Plan** **خطة الطوارئ الداخلية**	**Page 1 of 15**
Department:	**Policy Number: FMS-PLAN-008EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-008EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. PURPOSE:

1.1. To provide directions for Preparedness, Response and Recovery related to any event that may cause major disruption in center facilities affecting the environment of care.

1.2. To define the responsibilities for each employee in the center in case of fire to confine the event quickly and to prevent overlapping and confusion.

1.3. To provide protection for patients, visitors and employees, and to decrease the damage of the center facilities.

1. الغرض:

1.1. لتحديد الإجراءات الواجب إتباعها للاستعداد والاستجابة والعمل على إعادة الوضع إلى ما كان عليه في حالة حدوث أي حدث قد يسبب تعطل كبير في مرافق المركز والتي تنعكس على بيئة الرعاية المقدمة للمرضى.

1.2. لتحديد مهام كل مسئول وموظف بالمركز في حالة الحريق، لسرعة احتواء الحدث ومنعا للتداخل وإحداث البلبلة.

1.3. توفير الحماية للمرضى والزوار والموظفين والعمل على الإقلال من الأضرار بممتلكات المركز.

2. DEFINITIONS:

2.1. An internal Emergency: is any event (disaster) that may disrupt operations, jeopardize the safety and well-being of the occupants of the facilities or significantly cause damage to facilities.

2.2. The internal disaster (emergency preparedness) plan: is a plan that has been developed to facilitate a smooth, coordinated response to foreseeable emergencies; it incorporates emergency initial responses and procedures.

2.3. Fire Fighting Equipment: Consists of fire hoses, portable fire extinguishers and fire suppression systems that are distributed throughout the center, located in built –in cabinets, some strategic locations and special areas for suppression system at all center areas, Carbon dioxide extinguishers are also placed in areas where there is a substantial amount of electrical or electronic equipment.

2.4. RACE: is the acronym to help staff focus on initial response and evacuation procedures in the event of an actual fire or during a fire drill in center facilities. **RACE** stands for **R**escue, **A**larm, **C**onfine and **E**xtinguish/ **E**vacuate (Refer to Attachment)

2.5. The Fire Alarm System : is an electronic detection system connected to computerized monitoring and control system it is located in the center and monitored (24) hours a day, (7) days a week.

2.6. Alarm Sounders: are used to alert occupants about fire condition. It gives two (2) types of sound:

2.6.1. Alert sound, interruptible beeps

2.6.2. Evacuation sound, continuous beep

2. التعريفات:

2.1 حالات الطوارئ الداخلية: هي أي حادث (كارثة) يمكن أن تعرقل عمليات التشغيل وتعرض سلامة الموجودين داخل المرافق للخطر أو تلحق الضرر الكبير بالمرافق.

2.2 خطة الكوارث (الاستعداد للطوارئ) الداخلية: هي خطة يتم وضعها لتسهيل الاستجابة لحالات الطوارئ المتوقعة بطريقة منسقة وسلسة، وتشتمل الخطة على الاستجابة لمواجهة الحالات الطارئة والإجراءات الأولية المرتبطة بها.

2.3 معدات مكافحة الحرائق: تتكون من خراطيم المياه وطفايات الحريق المحمولة ونظم إطفاء الحرائق والتي يتم توزيعها في جميع أنحاء مرافق المركز وتقع في خزائن وفي بعض المواقع الاستراتيجية والمناطق الخاصة في جميع مناطق المركز لتفعيل نظام إطفاء الحرائق، ويتم وضع طفايات ثاني أكسيد الكربون في المناطق التي يوجد فيها كمية كبيرة من المعدات الكهربائية أو الإلكترونية.

2.4 RACE: هو اختصار يستخدم لمساعدة الموظفين على معرفة الاستجابة الأولية وإجراءات الإخلاء في حالة وقوع حريق فعلي أو خلال تدريبات الحريق الفرضية في مرافق المركز. ويشير RACE إلى: R إنقاذ، A إبلاغ عن الحريق، C احتواء الحريق، E إطفاء الحريق أو الإخلاء. (راجع الملحق)

2.5 نظام إنذار الحريق: هو نظام كشف الكتروني يتصل بنظام آلي للتحكم والمراقبة، ويقع في المركز ويراقب المركز لمدة 24ساعة يومياً جميع أيام في الأسبوع.

2.6 أجهزة صوت الإنذار: تستخدم لتنبيه شاغلي المركز في حالة الحريق، ويعطي نوعين من الأصوات:

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	**Title: Internal Disaster Plan** خطة الطوارئ الداخلية	**Page 2 of 15**
Department:	**Policy Number: FMS-PLAN-008EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-008EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

2.7. Fire Drill Plan: is a pre – arranged method for handling fire drills throughout center facilities.

2.8. Fire Drills:

2.8.1. A Simulated Fire Drill: is a fire drill carried out without actually activating the fire alarm, the simulated fire drill will be practiced in the center in accordance with a schedule (see Attachment C).

2.8.2. Full Fire Drill: Evacuation drill is a part of the full fire drill. All necessary arrangements and contacts must be made before the commencement of scheduled drill.

2.9. Evacuation:

2.9.1. Horizontal Evacuation: is evacuation from an area of danger to a safe area at the greatest distance from the danger on the same floor or level (Assembly Point).

2.9.2. Vertical Evacuation: is evacuation to safe area on another floor (usually a lower level). Alternatively, to a safe area outside the facility (Holding Area), Vertical evacuation is only activated when there is a very serious confirmed threat to life and safety.

2.10. Ambulatory Status in center Facilities :

2.10.1. Ambulatory: Able to walk alone, unattended

2.10.2. Semi- ambulatory: Requires some assistance to evacuate.

2.10.3. Non – ambulatory: Requires significant assistance to evacuate, Two (2) to four (4) staff members needed to assist.

2.10.4. Special: Requires very special assistance for evacuation. This can apply to patients, visitor, infants, small children, elderly, the blind, and mentally incapacitated, a team of staff members may be needed to assist.

2.11. Assembly Point: it is the primary point of evacuation on the same floor.

2.12. Holding Area: is the secondary assembly point of evacuation on the ground floor or outside the building, in the Parking cars, where triage and/or further evacuation is carried out.

2.13. Code Red:

2.13.1. Verbal Code Red: do staff to initiate the RACE procedure in the event of a fire and to raise the alarm use the code.

2.6.1 صوت التنبيه، تنبيه متقطع

2.6.2 صوت الإخلاء، تنبيه مستمر

2.7 **خطة تدريبات الحريق الفرضية:** هي طريقة معدة مسبقاً للتعامل مع تدريبات الحريق الفرضية في جميع أنحاء المركز.

2.8 **تدريبات الحريق:**

2.8.1 **تدريبات الحريق الافتراضية:** هو تدريب على الحريق ينفذ بدون الحاجة إلى تفعيل فعلي لإنذار الحريق. ويتم التدريب على الحريق في المركز وفقا لجدول زمني (انظر الملحق).

2.8.2 **تدريبات الحريق الكاملة: تشمل** عمليات الإخلاء كجزء من تدريبات الحريق الكاملة، ويجب بذل جميع الترتيبات اللازمة والاتصال قبل بدء التدريبات المقررة.

2.9 **الإخلاء:**

2.9.1 **الإخلاء الأفقي:** هو إجلاء من منطقة الخطر إلى منطقة آمنة لأبعد مسافة من الخطر وذلك في نفس الطابق أو المستوى (نقطة التجمع).

2.9.2 **الإخلاء العمودي:** هو إخلاء إلى منطقة آمنة في طابق آخر (عادة مستوى أدنى) أو إلى منطقة آمنة خارج المنشأة، يتم تنشيط الإخلاء العمودي فقط عندما يكون هناك تهديد مؤكد وخطير للغاية على الحياة والسلامة.

2.10 **القدرة على الحركة في مرافق المركز:**

2.10.1 **قادر على الحركة: قادرا** على المشي لوحدة بدون مراقبة.

2.10.2 **قادر جزئياً على الحركة:** يتطلب بعض المساعدة للإخلاء.

2.10.3 **غير قادر على الحركة:** يتطلب مساعدات كبيرة للإجلاء، يحتاج إلى اثنين إلى أربعة موظفين لتقديم المساعدة.

2.10.4 **حالات خاصة: يتطلب** مساعدة خاصة جدا للإخلاء، وذلك يمكن أن تنطبق على المرضى والزوار والرضع والأطفال الصغار والمسنين والمكفوفين والمعاقين عقليا، ويحتاج ذلك إلى فريق من الموظفين للمساعدة.

2.11 **نقطة التجمع: هي** النقطة الأساسية للإخلاء في نفس الطابق.

2.12 **منطقة التجمع:** هي نقطة التجمع الثانوي للإخلاء في الطابق الأرضي أو خارج المبنى، في موقف للسيارات، حيث يتم الفرز إجلاء المزيد.

2.13 **الرمز الأحمر:**

2.13.1 **الكود الأحمر الشفهي: هو** رمز يستخدم من قبل الموظفين لبدء إجراء RACE في حالة حدوث حريق وتفعيل جرس الإنذار.

2.13.2 **نظام النداء العام للرمز الأحمر:** هو النداء العام عبر

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Internal Disaster Plan خطة الطوارئ الداخلية	Page 3 of 15
Department:	Policy Number: FMS-PLAN-008EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-008EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

2.13.2. **Overhead Paging:** Code Red announces over the public specifying the location of the fire that is in progress within the area, providing instructions, and advising personnel of areas to be evacuated.

2.14. **The Command Center:** is the control/communications center for all disasters and is located in the center director office, it is a specially designed room where designated members of management direct and control disaster response activities.

2.15. **Emergency Response Group: selected** members will gather at the internal Emergency to Command the emergency and to coordinate with the civil defense and giving instructions to the department heads.

2.16. **Fire Alarm Control Panel (FACP):** is a computerized monitoring and control system that all the fire alarm system is connected to it.

2.17. **All Clear:** is a status where by the emergency situation is declared over

2.18. **NFPA:** National Fire Protection Association.

2.19. **MFACP**: Main Fire Alarm Control Panel.

2.20. **Fire classes:**

Fire classes	Fire material	Extinguisher type
A	Ordinary combustibles as wood and clothes	Water. Dry chemical powder
B	Flammable liquids and gases as gasoline, propane and butane	Dry chemical powder CO_2 Foam
C	Electrical equipments	Dry chemical powder CO_2

السماعات، حيث يتم تحديد موقع الحريق داخل المنطقة، وتوفير الإرشادات والنصائح للأفراد من المناطق التي سيتم إخلاؤها (أنظر المرفقات).

2.14 **مركز تحكم القيادة:** هو مركز التحكم / الاتصالات لجميع الكوارث ويقع في غرفة مدير المركز. وهي غرفة مصممة خصيصا ليستطيع المسئولين المعنيين بالإدارة المباشرة والتحكم في أنشطة الاستجابة للكوارث.

2.15 **فريق الطوارئ:** هو فريق يتم تشكيله للاجتماع في حالات الطوارئ الداخلية لقيادة عمليات الطوارئ والتنسيق مع الدفاع المدني وإعطاء التعليمات لرؤساء الأقسام في مواقعهم.

2.16 **لوحة تحكم إنذار الحريق (FACP):** هي نظام آلي لرصد ومراقبة يرتبط به جميع أجراس الإنذار.

2.17 **زوال الخطر:** هي المرحلة التي يؤكد فيها انتهاء الكارثة واستقرار الوضع.

2.18 **NFPA:** الجمعية الوطنية للحماية من الحريق

2.19 **MFACP**: لوحة التحكم الرئيسية لإنذار الحريق.

2.20 **أنواع الحرائق:**

فئة الحريق	نوع مادة الحريق	نوع مادة الإطفاء
فئة (أ)	مادة صلبة مثل الأوراق والأخشاب والملابس	- الماء. - البودرة الكيماوية الجافة.
فئة (ب)	السوائل والغازات القابلة للاشتعال مثل البنزين والزيت وغاز البروبان أو البيوتان	- البودرة الكيماوية الجافة. - غاز ثاني أكسيد الكربون - الرغاوى.
فئة (ج)	مادة كهربائية مثل الأجهزة الكهربائية والتوصيلات	- البودرة الكيماوية الجافة. - غاز ثاني أكسيد الكربون
فئة (د)	المعادن القابلة للاشتعال مثل الصوديوم والبوتاسيوم	- بودرة كيماوية جافة مخصصة أو رمل جاف

D	Combustible metals as sodium and potassium	Dry specific chemical powder or dry sand.

3. POLICY:

3.1. Preparation and distribution of internal disaster (emergency preparedness)plan:

3.1.1. The center shall formulate a plan of response to be carried out during an emergency.

3.1.2. Copies of this internal emergency preparedness plan shall be posted in all working area.

3.2. Training of Staff:

3.2.1. All employees shall receive training in internal emergency preparedness and will be thoroughly briefed and rehearsed on procedures to be followed if fire or smoke occur in their work areas, The training shall be conducted during new hire orientation, and through in-service education, annual refresher training, and drills.

3.2.2. Fire Extinguisher Live Fire Training shall be conducted when a new employee is hired and at least annually thereafter, If work process changed, if new hazards are introduced into the workplace, or if different portable fire extinguishers are introduced into the work area, training or retraining shall be appropriate, If the emergency fire action plan or the fire prevention plan is changed, all employees shall be notified and trained to operate their different or modified role in the plan.

3.2.3. All personnel shall be familiar with the fire drill and who to use the portable fire extinguishers, and be aware of the locations of fire alarm and extinguishers, electricity sources, oxygen cylinders locations, fire exits and evacuation routes for their work area.

3.3. Fire Protection Equipment and Related Items:

3.3.1. Emergency telephone numbers shall be kept in each work area, preferably near each telephone.

.3 السياسة:

3.1 إعداد وتوزيع خطة الكوارث (الاستعداد للطوارئ) الداخلية:

3.1.1 يجب أن يضع المركز خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية وذلك للاستجابة التي ستنفذ خلال حالة الطوارئ.

3.1.2 سوف يتم وضع نسخ من خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية في جميع مناطق العمل.

3.2 تدريب الموظفين:

3.2.1 يجب تدريب جميع الموظفين على خطة الاستعداد لحالات الطوارئ الداخلية، كما ينبغي اطلاعهم وتدريبهم على الإجراءات الواجب إتباعها في حالة حدوث حريق أو دخان في مناطق عملهم، ويجرى التدريب خلال برنامج تعريف الموظفين الجدد، ومن خلال التعليم والتدريب السنوي ومن خلال التجارب الفرضية لخطة الطوارئ.

3.2.2 يجرى التدريب على كيفية إطفاء حريق حقيقي عند التعيين للموظف الجديد وبعد ذلك سنويا، ويجب إعادة تدريب الموظفين عند حدوث تغيير في آلية العمل أو إذا أدخلت مخاطر جديدة في مكان العمل أو إذا أدخلت طفايات حريق مختلفة إلى مكان العمل، ويجب إخطار جميع الموظفين وتدريبهم على أداء أدوارهم المختلفة أو المعدلة في حالة إذا حدث تغيير في خطة الوقاية من الحرائق.

3.2.3 يجب أن يكون كل الأفراد على دراية بالتدريب على الحريق وعلى كيفية استخدام طفايات الحريق، وأن يكونوا على دراية بمواقع إنذار الحريق وطفايات الحريق ومواقع مصادر التيار الكهربائي وأماكن اسطوانات الأكسجين ومخارج الحريق وطرق الإخلاء لمنطقة عملهم.

3.3 معدات الوقاية من الحريق والمعدات المتعلقة بها:

3.3.1 يجب أن تبقى أرقام الهواتف في حالات الطوارئ في كل منطقة عمل، ويفضل أن تكون بالقرب من كل هاتف.

3.3.2 يجب الحفاظ على معدات الوقاية من الحريق وأنظمة الطوارئ في حالة تشغيل جيدة في جميع الأوقات (بما في ذلك كبائن خرطوم الحريق، كواشف الدخان ونظم الإنذار

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	**Title: Internal Disaster Plan** خطة الطوارئ الداخلية	**Page 5 of 15**
Department:	**Policy Number: FMS-PLAN-008EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-008EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.3.2. Fire protection equipment and emergency systems (including, fire hose cabinets, fire/smoke detection and alarm systems, manual door and emergency power and lighting systems), shall be maintained in fully operational condition at all times by the Safety Department. Inspections shall be carried out regularly by the Safety Department.

3.3.3. Fire extinguishers shall be kept in their designated places and inspected regularly, as per NFPA Inspection, Testing and Maintenance of Fire Protection Equipment.

3.3.4. Evacuation plans shall be displayed in corridors in all the center, The development of these plans must be made in coordination with the Engineering & Safety Department.

3.4. Fire Drills – Schedules and Frequency :

3.4.1. Safety officer will circulate the fire drill Schedule via a memo to all Departments Heads at the beginning of each year.

3.4.2. A simulated fire drill shall be held at least annually for all staff members in the center.

3.5. Critiques of Drills :

3.5.1. All drills at the center shall be thoroughly documented and critiqued, Deficiencies identified shall be addressed promptly.

3.5.2. A fire drill evaluation form shall be completed and statistics shall be done for all the drills performed and forwarded to the Chairman of Safety Committee every 3 months and yearly.

3.6. Annual review of the internal disaster plan :

3.6.1. The safety committee will review the internal disaster plan annually prior to approval by the center director to ensure the appropriateness of the objectives, and the plan's effectiveness.

وأبواب الطوارئ والتيار الاحتياطي وأنظمة الإضاءة) من قبل قسم السلامة. ويجب أن يجرى تفتيش بشكل منتظم عليها من قبل قسم السلامة.

3.3.3 يجب أن تبقى طفايات الحريق في الأماكن المخصصة لها ويجب أن تفحص بانتظام وفقا لنظامNFPA للتفتيش واختبار وصيانة معدات الوقاية من الحريق.

3.3.4 يجب تعليق خرائط الإخلاء في الممرات في جميع أنحاء المركز، ويجب أن يتم وضع هذه الخطط بالتنسيق بين القسم الهندسي والسلامة.

3.4 تكرار جداول التدريب على تجارب الحريق الفرضية:

3.4.1 يقوم مسئول السلامة بتعميم جدول التدريب على الحريق في المركز عبر تعميم إلى جميع رؤساء الأقسام المعنية في بداية العام.

3.4.2 يجب عقد تدريبات الحريق الافتراضية سنويا على الأقل لكل العاملين بالمركز.

3.5 تقييم التدريبات:

3.5.1 يجب أن يتم توثيق جميع التدريبات بالمركز وتقييمها بدقة للتعرف على أوجه القصور المكتشفة.

3.5.2 يستكمل نموذج تقييم التدريب على الحريق بواسطة مسئول السلامة ويقوم بعمل الإحصاءات عن جميع التدريبات التي تمت وإحالة هذه الإحصاءات إلى رئيس لجنة السلامة كل ثلاثة أشهر وسنوياً.

3.6 المراجعة السنوية لخطة الكوارث (الطوارئ) الداخلية:

3.6.1 تقوم لجنة السلامة بمراجعة خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية مرة سنويا للتأكد من ملائمة الأهداف وفعالية الخطة قبل اعتمادها من مدير المركز.

5. FIRE EMERGENCY RESPONCE PLAN:

4. خطة الاستجابة لطوارئ الحريق:

4.1 Fire reporting :

4.1 الإبلاغ عن الحريق:

4.1.1 When a fire Condition is confirmed, the fire

4.1.1 عند حدوث حريق يتم تشغيل أنظمة الإنذار في المركز آليا

alarm system will activate automatically or the observer will telephone the emergency number to report the fire to the center director or his designee, giving the exact location, scale and nature of fire. and giving his name and position.

4.1.2 The center director will do the following :

4.1.2.1 Announce through the paging system:) CODE RED), mentioning the presence of fire and the affected zone.

4.1.2.2 Immediately notify the civil defense (988) and the health operation.

4.1.2.3 Ordering to shut down the power, if necessitate.

4.1.2.4 All routine telephones must be stopped.

4.1.3 As soon as the code is announced, the fire control team will go to the position and start the general fire control procedures until the civil defense will be arrived, waiting the instructions from the Emergency Response Group, unless necessary to take urgent procedures to evacuate the patients.

4.1.4 The emergency situation must be continued until the Emergency Response Group will announce (All Clear) to end the situation.

4.2 **Code Red Procedures :**

(Remember the acronym **RACE**).

The following steps must be taken in the event of discovering a fire or any related incident within any a center :

4.2.1 R :- Rescue patients :

1. When you discover the fire, rescue patients in immediate life threatening danger is always your top priority.
2. You must always stop to investigate any unusual odor at once.
3. If you smell smoke coming from behind a closed door, do the following :
   - Fell the door with the back of your hand before opening it.
   - If it is too hot to touch, do not open it.

أو يقوم من يلاحظ الحريق بالاتصال على رقم الطوارئ وإبلاغ مدير المركز أو من ينوب عنه عن الحريق مع تحديد مكان وحجم الحريق مع التعريف باسمه ووظيفته.

4.1.2 يقوم مدير المركز بعمل ما يلي: -

4.1.2.1 إصدار نداء في جهاز النداء بالمركز يوضح وجود حريق على النحو التالي: (CODE RED) ويعقب هذا النداء اسم المنطقة التي بها الحريق.

4.1.2.2 إبلاغ الدفاع المدني (998) وعمليات الصحة فوراً.

4.1.2.3 إعطاء الأوامر لفصل التيار الكهربائي إذا تطلب الوضع ذلك.

4.1.2.4 إيقاف إجراء المكالمات الروتينية في ذلك الوقت.

4.1.3 فور صدور النداء يتوجه فريق مكافحة الحريق إلى المكان ويتم اتخاذ الإجراءات العامة لمكافحة الحريق لحين وصول الدفاع المدني، ومن ثم ينتظر تلقي التعليمات من فريق الطوارئ ما لم تحتم الضرورة اتخاذ إجراءات عاجلة لإخلاء المرضى.

4.1.4 يجب أن تظل حالة الطوارئ قائمة إلى أن يعلن فريق الطوارئ انتهاء حالة الطوارئ كالتالي: (All Clear).

4.2 **إجراءات الرمز الأحمر :**(تذكر اختصارRACE)

ينبغي اتخاذ الخطوات التالية في حالة اكتشاف الموظف حريق أو أي حادث ذات الصلة داخل أي منطقة بالمركز:

4.2.1 **إنقاذ ال مرضىR:**

1. عندما تكتشف الحريق، يجب أن يكون إنقاذ المراجعين المعرضة حياتهم للخطر على قائمة أولياتك.
2. يجب أن تتوقف دائماً على الفور للتحقق من أي روائح غير عادية تستشعرها عن طريق الشم.
3. إذا استشعرت رائحة دخان قادمة من خلف أحد الأبواب المغلقة عليك إتباع الخطوات التالية:
   - تحسس الباب بظهر يدك قبل فتحه.
   - إذا كان الباب ساخن، لا تفتحه.
   - إذا كان بالإمكان فتحه، افتحه ببطء.
   - إذا كان لا بد من دخول الغرفة لإنقاذ المريض أبقى منخفضاً. إزالة المرضى / أو الزوار من المناطق المجاورة لأقرب منطقة آمنة.

- If it is touchable, open it slowly.
- If you must enter the scene of the fire to rescue a patient, stay low.

4.2.2 A :- Activate the alarm :

1. Activation of the alarm immediately after discovering a fire is vital.
2. If you must rescue a customer in immediate danger, call out) Code Red)for fire, so other staff members can begin sounding the alarm.
3. How to activate the alarm :
   - Verbal (Code Red).
   - Break glass, pull station.
   - Telephone emergency numbers.
4. How to report a fire :
   - Remain calm and speak clearly.
   - Give your name.
   - Give the correct location of the fire.
   - Determine if there is any people at danger.
   - Repeat the message to the receptionist.
   - Ask the receptionist to repeat the message for you.

4.2.3 C :- Confine fire :

1. Close all doors.
2. Staff damp towels or sheets underneath doors which will reduce the passage of smoke around doors.
3. Remove gas cylinders.
4. Determine if there is any people at danger.

4.2.4 E :- Extinguish or Evacuate :

1. If the fire is small and confined to the area where it is started, you may want to extinguish it yourself; but first :
   - Evacuate the customer from the area of immediate danger.
   - Ring the alarm.

4.2.2 تفعيل الإنذار A:

1. يجب تفعيل إنذار الحريق فوراً عند اكتشاف الحريق.
2. إذا كان لا بد من إنقاذ مراجع معرض لخطر مباشر، ارفع صوتك منادياً بالرمز الأحمر (Code Red) لإعلام الآخرين بوجود حريق، وليبدؤوا بتفعيل أدوارهم المناط بهم.
3. طرق تفعيل الإنذار:
   - بلاغ صوتي: كود رد.
   - تشغيل جرس الإنذار.
   - الاتصال على رقم الطوارئ.
4. طريقة الإبلاغ عن الحريق:
   - ابق هادئا وتكلم بوضوح.
   - أعط اسمك.
   - أعط الموقع الصحيح للحريق.
   - حدد ما إذا كان الناس معرضين للخطر.
   - كرر الرسالة لمستقبل البلاغ.
   - اطلب من مستقبل البلاغ تكرار الرسالة لك.

4.2.3 احتواء ومحاصرة الحريق C:

1. أغلق جميع الأبواب.
2. ضع مناشف مبللة تحت الباب، والتي تقلل من مرور الدخان حول الأبواب.
3. انقل اسطوانات الأكسجين.
4. حدد ما إذا كان الناس معرضين للخطر.

4.2.4 إخماد الحريق أو الإخلاء E:

1. إذا كان الحريق صغيراً ومحصوراً في المنطقة المشتعل فيها، وتجد في نفسك القدرة على إخمادها باستخدام طفاية الحريق، عليك أولاً القيام بالتالي:
   - أخلي المراجع من منطقة الخطر المباشرة.
   - أطلق جرس الإنذار.
   - إذا كان الحريق في سلة المهملات، يمكنك إخماده بواسطة وسادة أو منشفة أو بطانية.
   - إذا اشتعل حريق في ملابس أحد المراجعين: ادفعه على الأرض ثم لفه ببطانية كبيرة لإخماد اللهب.
   - إذا اشتعل الحريق في ملابسك: توقف عن الحركة، وألق نفسك على الأرض وتدحرج على الأرض داخل بطانية (إذا أمكن).

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Internal Disaster Plan خطة الطوارئ الداخلية	Page 8 of 15
Department:	Policy Number: FMS-PLAN-008EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-008EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

- If the fire is in a trash can, you can smother it with a pillow, towel or blanket.
- If a customer clothes are on fire: force him to the floor and wrap him tightly in a large blanket to extinguish the flame.
- If the fire flared up in your clothes: stop movement, and take yourself on the ground and roll in a blanket (if possible).
- If the fire raged in electrical equipment: drag the chips from the source of electricity, close oxygen valve 9if necessary), move the customer who is at direct danger and use the fire extinguisher to extinguish the fire.

2. If the fire is dangerous and cannot be controlled or If the situation is getting worse, a decision will be made by the Emergency Response Group to evacuate the whole center, the center director will announce through the paging system to evacuate the center.

4.2.5 Method of fighting fire by fire extinguisher :
(Remember the acronym **PASS**)

- **P: - P**ull the safety pin.
- **A: - A**im the hose at the base of the fire.
- **S :- S**queeze the lever and the handle together
- **S: - S**weep from side to side.

4.2.6 Every staff must be familiar with the phrase "Code Red" and its phases.

4.2.7 An actual emergency may require deviating from the written plan. So know the plan, but be prepared to use your own judgment.

4.3 Evacuation Plan:

4.3.1 The center description:

- إذا اشتعل الحريق في أحد المعدات الكهربائية: اسحب الفيش من مصدر الكهرباء، اقفل صمام الأكسجين (إذا تطلب الأمر)، انقل المريض المعرض للخطر المباشر واستخدم طفاية الحريق لإخماد الحريق.

2. إذا كان الحريق خطيراً ولا يمكن السيطرة عليه أو إذا تدهورت الأمور: يجب اتخاذ قرار بإخلاء المركز بواسطة فريق الطوارئ، حيث يقوم مدير المركز بالإعلان عن الإخلاء من خلال نظام النداء بالمركز.

4.2.5 طريقة إخماد الحريق باستخدام طفاية الحريق:
لاستخدام طفاية الحريق تذكر اللفظ **PASS**.

- **P** = اسحب مسمار الأمان.
- **A** = وجه الخرطوم لقاعدة الحريق.
- **S** = اضغط على مقبض الطفاية.
- **S**= حرك الخرطوم يميناً ويساراً.

4.2.6 يجب أن يكون جميع الموظفين على دراية بمعنى الرمز الأحمر وإجراءاته.

4.2.7 قد تتطلب حالة الطوارئ الفعلية إجراء تعديل على الخطة المكتوبة، لذلك يجب عليك معرفة الخطة ولكن كن مستعداً لاستخدام تقديرك الخاص للحالة.

4.3 خطة الإخلاء:

4.3.1 وصف المركز:

- يوجد سور خارجي للمركز به مبنى المركز الرئيسي والذي يتكون من طابقين ويحيط به مواقف للسيارات.

4.3.2 أوقات الدوام:

- أوقات العمل الرسمي من الساعة 8:00 صباحاً حتى 4:00 بعد الظهر.

4.3.3 وسائل الإنذار من الحريق المتوفرة بالمركز:

- يتوفر بالمركز نظام إنذار آلي بكواشف دخان وحرارة.

4.3.4 وسائل الإطفاء والسلامة المتوفرة بالمركز:

- طفايات حريق متوفرة في جميع المركز (بودرة – ثاني أكسيد الكربون).
- بطانيات حريق.
- يتوفر في المختبر دش طوارئ ومحطة لغسيل العيون.
- حقيبة الإسعافات الأولية.

4.3.5 مخارج الطوارئ:

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Internal Disaster Plan خطة الطوارئ الداخلية	Page 9 of 15
Department:	Policy Number: FMS-PLAN-008EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-008EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

- There is outside wall including the main center building that consists of two floors, surrounds by a car barking.

4.3.2 Working hours:

- Working hours from 8:00 am to 4:00 pm.

4.3.3 The available Fire Alarm System:

- There is automated fire alarm with smoke and heat detectors.

4.3.4 The available Fire Protection Equipments:

- Fire extinguishers distributed in all the center (powder and CO2).
- Fire blankets.
- Emergency shower and eye wash station in the laboratory.
- Emergency bag.

4.3.5 Emergency exits:

The center has 3 emergency exits (one exit for males and another for females from the administration side, and one combined exit.

4.3.6 Assembly points:

There is one assembly points in the center.

4.3.7 The hospital where patients are referred during emergencies:

- Yanbu General Hospital.

4.3.8 Roles and Responsibilities:

1. An Emergency Response Group will be formed and meet in the center director office (commend center) as follows: The center director, Assistant for technical affairs, Safety officer and Nursing Supervisor.
2. Field groups will be formed to take over the primary following tasks: (firefighting – evacuation – first aid) until the arrival of the civil defense teams.

4.3.9 Evacuation methods:

1. The evacuation group will evacuate the patients and employee in danger to a safe area (horizontal evacuation for the first floor and vertical evacuation for the second floor) from the main exits and from the emergency

- يوجد بالمركز ثلاثة مخارج للطوارئ (مخرج للرجال من جهة الإدارة ومخرج آخر للنساء من جهة الإدارة بالإضافة إلى مخرج آخر مشترك.

4.3.6 نقاط التجمع:

- يتم تحديد نقطة للتجمع بالمركز.

4.3.7 المستشفيات التي يتم الإحالة إليها أثناء الطوارئ:

- مستشفى ينبع العام.

4.3.8 المهام والمسؤوليات:

1. يتم تشكيل فريق للطوارئ بالمركز يجتمع في مكتب مدير المركز (مركز التحكم) ويشمل: مدير المركز، المساعد للشؤون الفنية، مسئول السلامة ومشرفة التمريض.
2. يتم تشكيل مجموعات ميدانية للقيام بمهام (الإطفاء – الإخلاء – الإسعاف) الأولية حتى تصل فرق الدفاع المدني.

4.3.9 طريقة الإخلاء:

1. تقوم مجموعة الإخلاء بإخلاء المرضى والعاملين الذين يهددهم الخطر المباشر إلى منطقة آمنة (إخلاء أفقي للطابق الأول، ورأسي للطابق الثاني للمركز) وذلك من خلال المخارج الرئيسية أو من مخارج الطوارئ إلى نقاط التجمع خارج المركز.
2. يجب إخلاء المرضى القادرين على المشي أولاً ثم الذين يستعملون كراسي متحركة، وأخيراً المرضى الملازمين للفراش مبتدئا بالأقرب من الخطر كالتالي:
   - المرضى القادرون على المشي: يتم لفهم بالبطانيات ويوجهوا إلى المخارج.
   - المرضى غير القادرين على المشي: تستخدم الكراسي المتحركة أو يتم لفهم بالبطانيات ويسحبوا بها.
   - المرضى الملازمون للفراش: تستعمل النقالات في تحريكهم (إذا توفرت) أو يتم حملهم.
3. يجب التأكد من عدم وجود معوقات بالمخارج.
4. تقوم مجموعة الإخلاء بإجراء تعداد للأشخاص الموجودين في نقاط التجمع لتحديد المفقودين وإجراء تفتيش نهائي على غرف المركز للتأكد من خلوها من الأشخاص ووضع بطاقة (خاليه) على الباب.

exits to the assembly points outside the center.

2. The ambulatory patients must be evacuated first, then the semi ambulatory and finally the non-ambulatory starting with the close in danger as follows:
   - The ambulatory patients will be wrapped in blankets and directed to outside.
   - The semi ambulatory patients will be evacuated with wheelchairs or wrapped with blankets and pulled.
   - The non-ambulatory patients will be evacuated with stretchers (if available) or by carrying them.
3. Make sure that no obstacles in the exits.
4. The evacuation group will check the assembly points to count the missing persons, and check the center rooms to make sure that its free from persons and to put a card (Empty) on the door.
5. First aid group will classify and rescue the injured persons.
6. The emergency situation will be ended and the center restored to the ordinary situation by the order of the Emergency Response Team after making sure of safety of the center and after consulting the civil defense leader in the area.

4.3.10 General Guidelines:

1. Follow fire escape routes in your work area.
2. Do not panic and run during evacuation.
3. Switch-off all unnecessary electrically equipments and close all oxygen cylinders and remove it as possible.
4. In a smoke-filled environment, stay low to the ground and crawl out to your safety. Use the back of the hands to feel for corners or doorways.

5. يقوم فريق الإسعاف بتصنيف وإنقاذ المصابين.
6. يتم إنهاء حالة الطوارئ وإعادة الوضع إلى ما كان عليه بأمر من فريق الطوارئ بعد التأكد من سلامة الموقع والتفاهم مع قائد الموقع من الدفاع المدني.

4.3.10 توجيهات عامة:

1. اتبع طرق النجاة من الحريق في منطقة العمل الخاصة بك.
2. لا داعي للقلق والعودة أثناء الإخلاء.
3. من الضروري غلق جميع الأجهزة الكهربائية وإقفال جميع اسطوانات الأكسجين وإبعادها فورا عن مكان الحريق إذا أمكن.
4. في حالة وجود بيئة مليئة بالدخان، يجب البقاء منخفضاً والزحف على الأرض لسلامتك، استخدام الجزء الخلفي من اليدين ليشعر لزوايا المداخل.
5. البدء فورا إلى أقرب طريق للهروب بطريقة هادئة وسريعة، تجنبا لتدافع خلال الإخلاء.
6. لا تتوقف لاتخاذ معلقاتك الشخصية.
7. يجب التوجه فورا إلى نقطة التجمع والانتظار لمزيد من التعليمات.
8. يمنع منعا باتا إعادة الدخول إلى المبنى تحت أي ظرف من الظروف حتى يعطي لك الإذن الضابط المسئول عن الوضع أو إذا كان لديك واجب لإجلاء المرضى.
9. للحفاظ على استمرار تدفق حركة المرور والازدحام على وسائل الخروج أثناء عملية الإخلاء: يجب البقاء على الجانب الأيمن من طريق الهروب الخاص بك. تذكر أن أعضاء فريق الإخلاء والأشخاص المساندين الآخرين سوف يكونون في طريقهم للعودة لإلي المنطقة للمساعدة في الإخلاء.
10. لا تتوقف حتى تصل إلى نقطة التجمع المحددة.
11. يجب قفل جميع الأبواب بعد إخلاء الموقع وبعد التأكد من خلوها من المحتجزين.

5. Immediately proceed to the nearest escape route in a calm and swift manner. Avoid pushing during evacuation.
6. Do not stop to take personal belongings.
7. Proceed immediately to your designated decantation area or assembly point and wait for further instructions.
8. Re-entry into the building is strictly prohibited under any circumstances until the Officer in Charge of the fire situation gives permission or you have the duty to evacuate patients.
9. To maintain continuous flow of traffic and to prevent congestion on the means of egress during the evacuation process, stay on the right side of your escape route. Remember that members of the evacuation team and other support personnel are on their way back to the area to assist in evacuation.
10. Do not stop until you reach the designated assembly point.
11. All doors must be closed after evacuation of the area and after make sure that it is free from detainees.

5- RESPONSIBILITIES :

5.1 The Administration :

5.1.1 Endorse the Internal Emergency Preparedness Plan and ensure that all departments comply with its requirements.

5.1.2 Ensure adequate resources are provided to effectively train, rehearse and, if necessary, implement the Internal Emergency Preparedness Plan.

5.1.3 Familiarize themselves with their roles in the Command Center.

5.2 The Department Heads:

5 المسئوليات:

5.1الإدارة:

5.1.1 المصادقة على خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية والتأكد من التزام جميع الأقسام بمتطلباتها.

5.1.2 ضمان توافر الإمكانيات الكافية للتدريب بشكل فعال على خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية وتنفيذها عند الضرورة.

5.1.3 تكييف أنفسهم على تولي الأدوار المناط بهم في مركز القيادة.

5.2رؤساء الأقسام:

5.2.1 تزويد موظفي القسم بتعليمات " ريس RACE " بما فيها إجراءات الإخلاء وطرق الإنقاذ.

5.2.2 ضمان تلقي الموظفين الجدد برنامج تعريفي عن خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية وضمان اطلاعهم على دورهم ومسئولياتهم داخل أقسامهم في حال حدوث أي حالة طوارئ.

5.2.1 Provide RACE instructions to all unit staff, including evacuation procedures and rescue techniques.

5.2.2 Ensure all new hires receive orientation on the Internal Emergency preparedness plan, and are familiar with their roles and responsibilities within their department in any given emergency.

5.2.3 Ensure that all personnel attend regular in-service training and drills.

5.2.4 Retain documentation of all employee in-service training and drills performed.

5.3 <u>The Safety Committee</u>:

5.3.1 Ensure that internal emergency preparedness plan is annually reviewed prior to approval by the center director.

5.3.2 Plan, arrange and monitor Internal Emergency Preparedness Plan drills at the center at least annually.

5.3.3 Consider questions, suggestions and recommendations concerning fire prevention, potential hazards, etc. as a result of a fire drill.

5.3.4 Formulate the Emergency Response Team and evacuation, firefighting and first aid groups in the center.

5.3.5 Ensure that all safety, fire equipments and emergency exits are periodically checked to ensure its readiness.

5.3.6 Define escape routes and assembly points and prepare an evacuation map define that.

5.3.7 Ensure the safety of the building, equipments and the work environment.

5.3.8 Ensure the presence of no smoking posters, illuminated emergency signs and from the firefighting equipments positions.

5.3.9 Ensure that smoking is prohibited in the center.

5.4 <u>The Safety officer</u>:

5.4.1 Ensure a physical environment free of hazards and reduce the risk of human injury by

5.2.3 ضمان حضور كافة الموظفين للتدريبات والتمرينات المنتظمة أثناء العمل.

5.2.4 الاحتفاظ بمستندات عن كافة تمرينات وتدريبات الموظفين التي تم تنفيذها.

5.3 <u>لجنة السلامة</u>:

5.3.1 تقوم بمراجعة خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية مرة سنوياً قبل اعتمادها من مدير المركز.

5.3.2 تقوم بالتخطيط وترتيب عمل تجارب الطوارئ الوهمية ومراقبتها على الأقل سنوياً.

5.3.3 دراسة الأسئلة والاقتراحات والتوصيات المرتبطة بشؤون الوقاية من الحرائق والأخطار الممكنة التي تلي أي تدريب إطفاء.

5.3.4 تقوم بتشكيل فريق الطوارئ بالمركز وفرق الإخلاء والإطفاء والإسعاف.

5.3.5 التأكد من الكشف بشكل دوري على وسائل السلامة والإطفاء ومخارج الطوارئ والتأكد من جاهزيتها.

5.3.6 تحديد طرق الإخلاء ونقاط التجمع وعمل رسم كروكي للمبنى يحدد ذلك.

5.3.7 التأكد من سلامة المبنى وتجهيزاته وأجواء العمل.

5.3.8 التأكد من وجود لوحات إرشاديه لمنع التدخين، لوحات مخارج مضيئة ومواقع وسائل الإطفاء.

5.3.9 التأكد من منع التدخين في مباني المركز.

5.4 <u>مسئول السلامة</u>:

5.4.1 ضمان خلو بيئة المركز من الأخطار والحد من خطر التعرض لإصابات بشرية وذلك من خلال مراقبة أماكن العمل وسلوك عمل الموظفين.

5.4.2 تعريف كافة الموظفين الجدد في الأقسام بممارسات السلامة، ووضع جدول بالتثقيف المستمر للسلامة لجميع موظفي المركز وذلك مرة سنوياً على أقل تقدير.

5.4.3 رفع مستوى الوعي بأمور السلامة داخل المركز من خلال ضمان توعية جميع الموظفين بدورهم في حال اندلاع حريق طارئ وفي خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية.

5.4.4 اتخاذ الإجراء اللازم لتصحيح أي عيوب أو أوضاع غير آمنة.

5.4.5 مراقبة تدريبات الإطفاء الميدانية وتحديث جداول تدريبات الإطفاء السنوية.

monitoring work areas and employees work habits.

5.4.2 Orientate all new departmental employees in safety practices and schedule ongoing continuing education relating to safety for all employees at least annually.

5.4.3 Promote safety awareness within the center by ensuring all employees are aware of their duties in the event of fire emergency and internal emergency preparedness plan.

5.4.4 Take necessary action to correct any deficiencies and unsafe conditions.

5.4.5 Monitor the fire drills center -wide, update the annual fire drill schedules.

5.4.6 Participate in the fire drill practice and review fire drill procedures and recommend action.

5.4.7 Review and maintain records of fire drill critique reports and make recommendations for corrective action as appropriate to the chairman of the safety committee.

5.5 The Emergency Response Team:

5.5.1 Command the emergency situation, coordinate with the civil defense and give instructions to the department heads and field groups.

5.5.2 Take the decision to evacuate the center if the fire is dangerous and cannot be controlled or if the situation is getting worse.

5.5.3 Take the decision to end the emergency situation and restore the center to the ordinary status after making sure of safety of the center and after consulting the civil defense leader in the area.

5.5.4 Prepare a report on the emergency situation and make recommendations for corrective action as appropriate to the chairman of the safety committee.

5.6 Evacuation group :

5.6.1 Evacuate the employees and customers to the nearest emergency exit and reassure them.

5.4.6 المشاركة في تدريبات الإطفاء ومراجعة إجراءات تدريبات الإطفاء ووضع التوصيات بالعمل المطلوب.

5.4.7 مراجعة والاحتفاظ بسجلات التقارير على تدريبات الحريق وتقديم توصيات لاتخاذ إجراءات تصحيحية عند الاقتضاء إلى رئيس لجنة السلامة.

5.5 فريق الطوارئ:

5.5.1 يقوم بقيادة عمليات الطوارئ والتنسيق مع الدفاع المدني وإعطاء التعليمات لرؤساء الأقسام والمجموعات الميدانية في مواقعهم.

5.5.2 يقوم باتخاذ قرار بإخلاء المركز إذا كان الحريق خطيراً ولا يمكن السيطرة عليه أو إذا تدهورت الأمور.

5.5.3 يقوم بإنهاء حالة الطوارئ وإعادة الوضع إلى ما كان عليه بعد التأكد من سلامة الموقع والتفاهم مع قائد الموقع من الدفاع المدني.

5.5.4 يقوم بإعداد تقرير خاص عن الحالة الطارئة والإجراءات التصحيحية المطلوبة ويقدمه إلى رئيس لجنة السلامة.

5.6 مجموعة الإخلاء:

5.6.1 إخلاء الموظفين والمراجعين لأقرب مخرج طوارئ مع الأخذ في الاعتبار أهمية تهدئة روعهم وطمأنتهم.

5.6.2 تقوم بالتأكد من إخلاء المركز وخلوه (بما لا يهدد حياتهم بالخطر) وذلك بفحص المركز غرفة غرفه، وغلق باب الغرفة بعد ذلك ووضع بطاقة (خاليه) على الباب، بما فيها غرفة الحريق لتأكيد خلوها وحصر النار والدخان عن المبنى أطول فتره ممكنه.

5.6.3 تقوم بحصر الذين تم إخلاءهم في مناطق التجمع والاستعانة برؤساء الأقسام في ذلك وتبليغ رئيس فريق الطوارئ ورئيس فرقة الدفاع المدني بالموقع عن الإخلاء التام أو أي مفقود.

5.6.4 إرشاد فرق الدفاع المدني وخدمات الطوارئ إلى أماكن الخطر وتقديم المعلومات اللازمة لهم للسيطرة على الحادث.

5.7 مجموعة الإطفاء:

5.7.1 تقوم بمحاولة إخماد الحريق بوسائل الإطفاء المتوفرة بالمركز عند إمكانية ذلك لحين وصول الدفاع المدني، ويجب تأكدهم من سلامتهم وإلا فعليهم مساعدة مجموعات الإخلاء فقط.

5.8 مجموعة المسعفين:

5.8.1 تقوم بتصنيف وتقديم الإسعافات الأولية للمصابين، والإعداد

5.6.2 Ensure that all the center are evacuated and empty (with no danger to their lives) by checking all the rooms of the center, and close their doors after that and put a sign (Empty) on them, including the fire room to ensure that the fire and smoke are confined as long as possible

5.6.3 check the assembly points to count the evacuated persons with the help of departments heads, and inform the Emergency Response Team chairman and the civil defense chairman in the area for the complete evacuation or any missing person.

5.6.4 Guide the civil defense and emergency teams to the danger sites, and give the required information to control the incident.

5.7 **<u>Firefighting group</u>** :

5.7.1 Start the fire control procedures by the available means as possible until the arrival of the civil defense, making sure of their safety, otherwise assist the evacuation group only.

5.8 **<u>First aid group</u>** :

5.8.1 Classify and provide the first aid measures to the injured persons, and preparing to transfer the patients to the hospital according to the priority.

5.9 **<u>All Personnel</u>**:

5.9.1 Familiarize themselves with this Internal Emergency Preparedness Plan and their responsibilities in the event of an actual emergency.

5.9.2 Participate fully in all drills scheduled in the center.

5.9.3 Practice RACE procedures, including evacuation and rescue techniques.

5.9.4 Immediately respond to all emergency events in all the center.

5.9.5 Assist with evacuation of patients, visitors and personnel when necessary.

5.9.6 Prevent patients, visitors and personnel from re-entering evacuated areas of the unit.

لنقل الحالات عند الحاجة إلى المستشفى حسب الأولوية.

5.9 **<u>جميع موظفي المركز</u>:**

5.9.1 تكييف أنفسهم مع خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية ومعرفة مسؤولياتهم في حال حدوث حالة طوارئ فعلية.

5.9.2 المشاركة الكلية في جميع التمرينات المقررة لأماكن عملهم.

5.9.3 تنفيذ إجراءات "ريس RACE" بما فيها الإخلاء وطرق الإنقاذ.

5.9.4 الاستجابة الفورية لجميع حالات الطوارئ في مرافق المركز.

5.9.5 المساعدة في إجلاء الزوار والمرضى والموظفين عند الضرورة.

5.9.6 منع المرضى والزوار والموظفين من الرجوع إلى المناطق التي يتم إخلائها.

5.9.7 المساعدة في توجيه طاقم الإطفاء إلى مكان الحريق.

5.9.7 Assist in directing fire crews to the site of the fire.

6- FORMS:

6.1 Codes Used on the Overhead Paging System.
6.2 Fire Drill Evaluation Form.
6.3 Code Red Action Cards.
6.4 Simulated Fire Drill Procedures.

6 النماذج:

6.1 الرموز المستخدمة في نظام النداء في المركز.
6.2 نموذج تقييم تجارب الحريق الوهمية.
6.3 كروت العمل للرمز الأحمر.
6.4 نموذج مقترح لإجراءات تجربة الحريق الوهمية.

7. REFERRANCES(المراجع):

7.1 KFSH&RC-Riyadh – Security Internal Policies and Procedures (IPP).
7.2 خطة الدفاع المدني للإخلاء.
7.3 KFSH & RC-Riyadh 7.1 - سياسات وإجراءات الأمن الداخلي (IPP).

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Bomb Threats (Code White)** **التهديد بالمتفجرات (الرمز الأبيض)**	**Page 1 of 4**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-APP-038EA(2)**	**Replaces No.: FMS-APP-038EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. **PURPOSE:**

1.1. To provide rapid, orderly, and responsible action during a bomb threat or in case of discovery of a suspicious device in the center.

1. **الغرض:**

1.1. لعمل الإجراء السريع والمنظم والمسئول في حالة التهديد بمتفجرات أو اكتشاف أي جسم مشبوه بالمركز.

2. **DEFINITIONS:**

2.1. Suspicious Packages: Any packages seen in doubtful situation.
2.2. Bomb: is an explosive device that is hazardous and harmful.
2.3. Bomb Threat: is a warning of danger cause by an explosive of harmful and hazardous materials.

2. **التعريفات:**

2.1. طرد مشبوه: أي طرد أو جسم يتم مشاهدته في مكان مشكوك فيه.
2.2. القنبلة: هي جهاز متفجر، والذي يعد خطير وضار.
2.3. التهديد بقنبلة : هو تحذير بالخطر من وقوع انفجار مادة ضارة أو خطرة.

3. **POLICY:**

3.1 It is the policy of the center that each employee shall have an obligation and responsibility to provide appropriate response upon the receipt of a bomb threat or upon the identification of suspicious device in the center.
3.2 Threats shall be taken seriously and shall be reported immediately to the police by dialing tel. no 999.
3.3 The center response to a threat or suspicious device shall be calm and orderly, to prevent panic and to protect patients, visitors, staff and property from harm because of the threat.

3. **السياسة:**

3.1. سياسة المركز هي أن كل موظف مسؤول عن الاستجابة الملائمة عند استقبال تهديد بمتفجرات أو عند اكتشاف أي طرد مشبوه في المركز.
3.2. يجب أخذ التهديد بجدية والإبلاغ فوراً إلى الشرطة على رقم 999.
3.3. يجب أن يكون استجابة المركز إلى التهديد أو الطرد المشبوه هادئة ومنظمة, وذلك لتجنب الإصابة بالذعر ولحماية المرضى والزوار والموظفين والممتلكات من الضرر نتيجة للتهديد.

4. **PROCEDURES:**

4.1. Suspicious Packages:

4.1.1. Identify a package as suspicious by the following characteristics:
1. Package is irregular, poorly wrapped.
2. Package are wrapped with string or twine.
3. Excess postage on small package or no postage at all.
4. Handwritten notes on the package, such as "To be Opened in the Privacy of ……" or "CONFIDENTIAL", from someone unknown to the recipient, or handwritten political, racial statements;
5. Packages, which are hand, delivered or dropped off for a friend.

4. **الإجراءات:**

4.1. طرد مشبوه:

4.1.1. يتم التعرف على الطرد كطرد مشبوه بالمواصفات التالية:
1. شكل الطرد غير منتظم وملفوف بطريقة سيئة.
2. الطرد مغلف بحبل أو بسلسلة.
3. حجم البريد كبير أو طرد بدون بريد.
4. الملاحظات المكتوبة بخط اليد على الطرد، مثل يفتح بواسطة...... أو خاص، وذلك من شخص غير معلوم من المستلم أو كتابة سياسية أو عنصرية.
5. الطرود التي تسلم يدوياً أو تترك لصديق.
6. عدم وجود بريد لراسل الطرد.

6. No return address or bizarre return address.
7. Leaks, stains, powders, or protruding wires, string, tape, etc.
8. Any letters or packages arriving before or after a phone call from an unknown person asking if the item was received.

4.1.2. If a suspicious package or letter is identified:
1. Do not jar, shake or open the package.
2. Leave the package where it is and do not handle or carry it;
3. Do not use a cell phone or other (handheld) electronic device in the vicinity of the package, letter, or object;
4. If any suspicious residue, liquid or odor is evident, evacuate persons from the immediate vicinity and isolate the object if possible.

4.2. Bomb Threats:

4.2.1. Any person receiving a bomb threat via the phone should remain calm and attempt to obtain as much as information as possible, such as:
1. Note exact time of call;
2. Extension on which call was received;
3. Displayed phone number, if available;
4. Background noise;
5. Voice characteristics or accent of the caller.

4.2.2. If the caller does not provide specific details related to the bomb, ASK:
1. When is the bomb going to explode?
2. Where is the bomb?
3. What does it look like?
4. What kind of bomb is it?
5. What will cause it to explode?
6. Did you place the bomb?
7. Why did you place the bomb?

4.2.3. Notify a co-worker to contact the police, from another phone. Keep the caller talking for as long as possible?

4.3. Staff, Volunteers Response:

4.3.1. Notify the police immediately by dialing 999 from any phone and give the following information:
1. Name.
2. Your location.
3. Telephone Number.

7. وجود تسرب أو بقع أو بودرة أو أسلاك بارزة أو خيوط وما إلى ذلك.
8. أي خطاب أو طرد يصل قبل أو بعد الاتصال من شخص غير معلوم يستفسر عن استلامه.

4.1.2 عند التعرف على طرد أو خطاب مشبوه:
1. لا يجب رج أو هز أو فتح الطرد.
2. يجب ترك الطرد مكانه وعدم حمله.
3. لا يجب استخدام تليفون خلوي أو جوال أو جهاز الكتروني في محيط ذلك الطرد أو الخطاب أو الجسم.
4. إذا وجد أي بقايا أو سوائل أو روائح، يجب إخلاء الأشخاص من المحيط المباشر للجسم وعزل الجسم إن أمكن.

4.2 التهديد بقنبلة:

4.2.1 يجب على أي شخص يستلم تهديد بقنبلة عبر الهاتف أن يلتزم الهدوء ويحاول الحصول على أقصى ما يستطيع من معلومات مثل:
1. تسجيل الوقت الدقيق للاتصال.
2. الهاتف الذي استقبل عليه الاتصال.
3. رقم المتصل إذا كان ظاهراً.
4. وجود ضوضاء في الخلفية.
5. خصائص صوت أو لهجة المتصل.

4.2.2 إذا لم يقدم المتصل أي تفاصيل متعلقة بالقنبلة، يجب السؤال عن:
1. متى يتوقع أن تنفجر القنبلة؟
2. أين مكان القنبلة؟
3. ماذا تشبه؟
4. ما نوعها؟
5. ماذا تسبب إذا انفجرت؟
6. هل وضع المتصل القنبلة بنفسه؟
7. لماذا وضع القنبلة؟

4.2.3 يجب إبلاغ زملاء العمل بالاتصال بالشرطة من هاتف آخر، ويجب الإبقاء على التحدث مع المتصل لأطول وقت ممكن.

4.3 استجابة الموظفين والمتطوعين:

4.3.1 يجب إبلاغ الشرطة فوراً بالاتصال على رقم 999 من أي تليفون وإعطاء المعلومات التالية:

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Bomb Threats (Code White) Page 3 of 4 التهديد بالمتفجرات (الرمز الأبيض)	
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-038EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-038EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4. If reporting a bomb threat, include any information you may have been given as to the location of the bomb, time it is to explode, and the time you received the telephone call.
5. Designate and communicate an exact location or building entrance to meet with responding police. This location is distanced from any identified suspicious letter, package or object.

4.3.2. Notify supervisor and the manager for the site.

4.3.3. Assist in the search of the area included in the threat, as directed and coordinated by Police.

4.4. Administration Role:

4.4.1. The Administration determines, in conjunction with the Police and other emergency responders on the scene, whether evacuation should occur and the procedure and route for evacuation.

4.4.2. After a thorough search has been conducted, and the explosion time, if communicated, has elapsed, the Administration in conjunction with the Police and other emergency responders on the scene terminates the search procedure.

4.4.3. The Administration contacts people notified and advises them of the termination.

4.5. Department's Role:

4.5.1. In conjunction with the Police, Each affected area is responsible for searching their immediate area.

4.5.2. Any suspicious objects, packages, etc. should be reported immediately to Police and are not touched or tampered with in any way.

4.6. Activation Announcement:
CODE WHITE (LOCATIONS):

4.6.1. Only the center director is authorized to activate and/or cancel an overhead announcement after a consultation and coordination has occurred with other emergency responders on the scene.

4.6.2. Upon activation of an overhead announcement of CODE WHITE (LOCATION),staff in affected areas prepare to evacuate patients, but do not act on the evacuation until the director has communicated the evacuation order and specified where to evacuate to.

1. الاسم.
2. الموقع.
3. رقم التليفون.
4. في حالة الإبلاغ عن قنبلة، يجب إعطاء معلومات بقدر الإمكان عن موقع القنبلة، والوقت المتوقع انفجارها فيه، والوقت الذي تم استلام التهديد فيه.
5. تحديد الموقع ومدخل المبنى للشرطة، بحيث يكون بعيداً عن مكان الطرد أو الخطاب المشبوه.

4.3.2. يجب إبلاغ المشرف ومدير المركز.

4.3.3. المساعدة في البحث في المنطقة التي تحتوي على القنبلة حسب توجيهات الشرطة.

4.4. دور الإدارة:

4.4.1. تقوم الإدارة بتحديد ما إذا كان يجب إخلاء المركز وخطوات ومخارج الإخلاء، وذلك بالتنسيق مع الشرطة وجهات الاستجابة الأخرى في مكان الحدث.

4.4.2. تقوم الإدارة بعد تنفيذ البحث الشامل وبعد انقضاء موعد الانفجار (إذا كان معلوم) بإنهاء إجراءات البحث، وذلك بالتنسيق مع الشرطة وجهات الاستجابة الأخرى في مكان الحدث.

4.4.3. تقوم الإدارة بالاتصال مع جميع الأشخاص الذين تم إبلاغهم ونصحهم بإنهاء الحالة.

4.5. دور القسم:

4.5.1. يجب على المنطقة المعرضة للخطر البحث في المنطقة القريبة.

4.5.2. يجب الإبلاغ فوراً إلى الشرطة في حالة الاشتباه في أي جسم أو طرد مشبوه، ويجب عدم لمسها أو العبث بها.

4.6. الإعلان عن الرمز الأبيض (ذكر الموقع):

4.6.1. مدير المركز هو المسؤول الوحيد عن إعلان أو إلغاء إعلان الرمز الأبيض، وذلك بعد استشارة والتنسيق مع جهات الاستجابة الأخرى في مكان الحدث.

4.6.2. عند تفعيل إعلان الرمز الأبيض: يجب على جميع الموظفين البدء في إخلاء المرضى، ولكن بعد إعلان مدير المركز أمر الإخلاء وتحديد مكان الإخلاء.

4.6.3. عند تفعيل إعلان الرمز الأبيض : يجب على جميع الموظفين في المناطق الغير محددة في الإعلان أن يبقوا بعيداً عن تلك المناطق.

4.6.3. Upon activation of an overhead announcement of CODE WHITE (LOCATION), staff that are not specifically assigned to the areas designated in the announcement are to stay clear of those areas.

5. RESPONSIBILITIES:

5.1. Safety Committee, Administration and all the center employees are responsible to monitor the implementation of this policy.

5. المسئوليات:

5.1. لجنة السلامة وإدارة المركز وجميع موظفي المركز مسئولون عن مراقبة وتطبيق هذه السياسة.

6- FORMS :NA

6. النماذج :لا توجد

7-REFERRANCES (المراجع) :

7.1 National Fire protection Association (NFPA) Code 99-C.12.3.8 Bomb Threats.
7.2 King Saud Medical Complex (KSMC), Riyadh– APP.
7.3 CBAHI resource manual

7.1 **الرابطة العالمية للوقاية من الحريق** (NFPA) **كود 99**.C.12.3.8-
7.2**مجمع الملك سعود الطبي** (KSMC) ، **الرياض**.APP -
7.3 دليل الموارد من CBAHI

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Fire safety plan خطة السلامة من الحريق	Page 1 of 7
Department: FMS	Policy Number: FMS-PLAN-0011EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-0011EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To provide a system to eliminate known fire risks and implement guidelines to prevent fire.
1.2 To develop a system for fire control procedures.
1.3 To provide safe environment for the customers and staff.
1.4 To comply with rules and regulations of MOH, quality standards and with the requirements of civil defense.

1- الغرض:

1.1 لوضع نظام للتخلص من مخاطر الحريق، وتطبيق إرشادات الوقاية من الحريق.
1.2 لوضع نظام لإجراءات مكافحة الحريق.
1.3 لتوفير بيئة آمنة للمراجعين والموظفين.
1.4 للتوافق مع الأنظمة واللوائح لوزارة الصحة ومعايير الجودة ومع اشتراطات الدفاع المدني.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Fire control:** is a set of procedures that operate when exposed to any fire or event that may cause harm or damage to the center and its employees.
2.2 **Alarm system:** is an electronic system working within an electrical circuit associated with parts you select a fireplace through minute detectors connected to control panel extension to show the location of the event.
2.3 **Fire extinguisher:** is a cylindrical shape made from metal filled with a particular material form to extinguish fire, and the available in the center is the dry powder and carbon dioxide.
2.4 **Fire classes :**

Fire classes	Fire material	Extinguisher type
A	Ordinary combustibles as wood and clothes	Water. Dry chemical powder
B	Flammable liquids and gases as gasoline, propane and butane	Dry chemical powder CO2 Foam
C	Electrical equipments	Dry chemical powder CO2

2- التعريفات:

2.1 **مكافحة الحريق:** هي مجموعة من الإجراءات التي تعمل عند التعرض إلى حريق أو حدث قد يعرض المركز والعاملين به إلى خسائر بشرية أو مادية.
2.2 **نظام الإنذار:** هو عبارة عن نظام إلكتروني يعمل ضمن دائرة الكترونية مرتبطة الأجزاء تقوم بتحديد مكان الحريق من خلال كواشف دقيقة موصلة بلوحة تحكم لإظهار مكان وقوع الحدث.
2.3 **طفاية الحريق:** هي عبارة عن شكل أسطواني مصنوع من مادة معدنية معبأة بمادة معينة من المواد المخصصة لإطفاء الحريق، ويتوفر في المركز طفايات البودرة الجافة وثاني أكسيد الكربون.
2.4 **أنواع الحرائق:**

فئة الحريق	نوع مادة الحريق	نوع مادة الإطفاء
فئة (أ)	مادة صلبة مثل الأوراق والأخشاب والملابس	- الماء. - البودرة الكيماوية الجافة.
فئة (ب)	السوائل والغازات القابلة للاشتعال مثل البنزين والزيت وغاز البروبان أو البيوتان	- البودرة الكيماوية الجافة. - غاز ثاني أكسيد الكربون - الرغاوى.
فئة (ج)	مادة كهربائية مثل الأجهزة الكهربائية والتوصيلات	- البودرة الكيماوية الجافة. - غاز ثاني أكسيد الكربون

D	Combustible metals as sodium and potassium	Dry specific chemical powder or dry sand.

فئة (د)	المعادن القابلة للاشتعال مثل الصوديوم والبوتاسيوم	- بودرة كيماوية جافة مخصصة أو رمل جاف

3- **GOALS**:

3.1 To provide education to personnel on the elements of the Fire Safety plan including protocols for response to, and evacuation in the event of a fire.

3.2 To assure that personnel training in the Fire Safety plan is effective.

3.3 To test and maintain the fire alarm and detection system.

3- **الأهداف**:

3.1 توفير التعليم لجميع الموظفين على عناصر خطة السلامة من الحريق وتشمل بروتوكول الاستجابة والإخلاء عند حدوث حريق.

3.2 ضمان التدريب الفعال لجميع الموظفين على خطة السلامة من الحريق.

3.3 التأكد من جاهزية أنظمة الإنذار من الحريق وكواشف الدخان في المركز.

4- **procedure** :

4.1 Provision of fire safety equipments :

4.1.1 The center administration must provide the appropriate fire safety equipments e.g. : fire extinguisher (dry powder and carbon dioxide), fire alarm systems, smoke detectors, fire hose cabinets and fire blankets :

1. The fire extinguishers must be available in clear place and easily accessible.
2. All the employees must know the location of the fire alarm point, fire extinguishers, fire blankets, fire hose cabinets and evacuation routes in their area.
3. All the employees must know about the different types of fire extinguishers in their area and how to operate them.
4. The height of the fire extinguishers must be between 60 -120 cm from the ground level.
5. The safety officer in the center is the one who is responsible for fire extinguishers supply or maintenance.
6. The safety officer must shake the fire extinguishers upon receipt and make sure that the material inside the extinguisher is not firm or rigid.

4.2 Inspection and maintenance of Fire Safety System:

4.2.1 Readiness of the alarm system :

1. Fire alarm system is being thoroughly inspected and maintained bi-annually by the maintenance department in the directorate.
2. The safety officer will inspect the fire alarm

4- **الإجراءات**:

4.1 توفير معدات السلامة من الحريق:

4.1.1 يجب على إدارة المركز توفير معدات السلامة من الحريق المناسبة مثل: طفايات الحريق (البودرة الجافة وثاني أكسيد الكربون)، أجهزة الإنذار من الحريق، كواشف الدخان، خراطيم إطفاء الحريق، بطانيات الحريق:

1. يجب أن تكون طفايات الحريق في مكان واضح وسهل الوصول إليه.
2. يجب على جميع الموظفين معرفة أماكن نقاط الإنذار من الحريق، طفايات الحريق، بطانيات الحريق وخراطيم إطفاء الحريق ومخارج الهروب في أماكن عملهم.
3. يجب على جميع الموظفين معرفة أنواع طفايات الحريق المختلفة في أماكن عملهم وكيفية تشغيلها.
4. يجب أن يكون ارتفاع مستوى طفاية الحريق ما بين 60 – 120 سم.
5. مسئول الأمن والسلامة في المركز هو المسئول عن استلام أي طفاية حريق عند توريدها أو صيانتها.
6. يجب على مسئول السلامة رج طفاية الحريق عند استلامها للتأكد من أن المادة الموجودة داخل الطفاية ليست صلبة أو متحجرة.

4.2 فحص وصيانة نظام السلامة من الحريق:

4.2.1 جاهزية نظام الإنذار:

1. يتم فحص وصيانة نظام الإنذار بشكل نصف سنوي بواسطة قسم الصيانة بالمديرية.

and smoke detection systems on a weekly basis, any system troubles or impairments will be reported by phone to the maintenance department in the directorate to be corrected at once.

4.2.2 **Inspection of fire extinguishers** :

1. The safety officer will inspect the fire extinguishers bimonthly, and will fill the form for the fire extinguishers inspection.
2. In the absence of any expired fire extinguisher, the safety officer will keep the filled form in the fire extinguisher inspection file.
3. In case of any expired fire extinguisher, the safety officer will notify the center director who will do the steps to change the expired fire extinguisher.

4.3 **Fire prevention** :

4.3.1 Free access to fire hose cabinets, fire extinguishers, alarm pull station, and other emergency equipments must be maintained at all times, in areas equipped with sprinkler protection, no items shall be positioned within 18 inches below the sprinkler heads, so that the fire protection function is maintained.

4.3.2 Lights must not be shielded with linen or other combustible materials.

4.3.3 The no smoking policy must be strictly implemented in the center.

4.3.4 Candled or flammable agents are strictly prohibited in the center.

4.3.5 Kettles are not allowed in the center, and if necessary must be limited and kept and monitored in secure place.

4.3.6 Special precautions must be taken to prevent fire in oxygen-enriched atmosphere, oxygen must be stored separately from flammable gases or liquids

4.3.7 Electrical connections if needed must be used under permission and supervision from the safety officer.

4.3.8 Report any unsafe practices or conditions to the Safety officer.

4.4 **Orientation and Training on fire safety program** :

4.4.1 Fire Extinguisher Live Fire Training shall be conducted when a new employee is hired and at

2. يقوم مسئول السلامة بفحص والتأكد من جاهزية نظام الإنذار وكواشف الدخان بشكل أسبوعي، وفي حالة وجود عطل يتم إبلاغ قسم الصيانة بالمديرية هاتفياً لتصحيحها فوراً.

4.2.2 **فحص طفايات الحريق:**

1. يقوم مسئول السلامة بفحص طفايات الحريق بشكل دوري (كل شهرين)، ويقوم بتعبئة نموذج الكشف على طفايات الحريق.
2. في حالة عدم وجود طفاية حريق منتهية يقوم مسئول السلامة بحفظ النموذج في ملف فحص طفايات الحريق.
3. في حالة وجود طفاية حريق منتهية يقوم مسئول السلامة بتبليغ مدير المركز والذي يقوم بالإجراءات اللازمة لتغيير طفايات الحريق المنتهية الصلاحية.

4.3 **الوقاية من الحريق:**

4.3.1 يجب أن يتوفر سهولة الوصول لخزائن خراطيم الحريق وطفايات الحريق وجرس الإنذار وتجهيزات الطوارئ الأخرى، وذلك طوال الوقت، وفي حالة وجود رشاشات المياه يجب عدم وضع أي شيء تحت رأس الرشاشات لمسافة 18 انش حتى يتم الحفاظ على وظيفتها.

4.3.2 يجب عدم تغطية لمبات الإضاءة بأي أقمشة أو مواد قابلة للاشتعال.

4.3.3 يجب تطبيق سياسة منع التدخين في المركز بدقة.

4.3.4 يمنع منعاً باتاً استخدام الشموع أو المواد القابلة للاشتعال في المركز.

4.3.5 لا يسمح باستخدام الغلايات في أرجاء المركز وللضرورة يجب الحد منها وتواجدها في مكان آمن ومراقب.

4.3.6 يجب أخذ احتياطات خاصة وحفظ أسطوانات الأكسجين في أماكن منفصلة عن الغازات والسوائل القابلة للاشتعال.

4.3.7 لا يسمح باستخدام التوصيلات الكهربائية إلا بعد إذن وتحت مراقبة مسئول السلامة.

4.3.8 يجب الإبلاغ فوراً عن أي ممارسات أو ظروف غير آمنة إلى مسؤول السلامة بالمركز.

4.4 **التعريف والتدريب على برنامج السلامة من الحريق:**

4.4.1 يجرى التدريب على كيفية إطفاء حريق حقيقي عند التعيين للموظف الجديد وبعد ذلك سنويا، ويجب إعادة تدريب الموظفين عند حدوث تغيير في آلية العمل أو إذا أدخلت

least annually thereafter, If work process changed, if new hazards are introduced into the workplace, or if different portable fire extinguishers are introduced into the work area, training or retraining shall be appropriate, If the emergency fire action plan or the fire prevention plan is changed, all employees shall be notified and trained to operate their different or modified role in the plan.

4.4.2 All personnel shall be trained to use (RACE) in responding to fire emergency and how to use the portable fire extinguishers(PASS), and be aware of the locations of fire alarms, extinguishers, oxygen shutdown valves, fire exits and evacuation routes for their work area.

4.4.3 All staff must be trained to know the causes of fire, the categories of fire and the types of materials.

4.5 **Fire Drills** :

4.5.1 A simulated fire drill shall be held at least annually for all staff members in the center.

4.5.2 All drills at the center shall be thoroughly documented and critiqued, Deficiencies identified shall be addressed promptly.

4.5.3 A fire drill evaluation form shall be completed and statistics shall be done for all the drills performed and forwarded to the Chairman of Safety Committee every 3 months and yearly.

4.6 **Performance monitoring:**

4.6.1 The safety committee regularly monitors performance regarding actual or potential risk related to one or more of the following:

1. Staff knowledge and skills
2. Level of staff participation
3. Monitoring and inspection activities
4. Emergency and incident reporting
5. Inspection, preventive maintenance and testing of safety equipment.

4.6.2 To identify opportunities for improvement, the Safety Committee will follow the organization's improvement methodology.

4.6.3 The safety officer at least on a quarterly basis will present performance improvement monitoring and outcome activities to the safety committee.

4.6.4 The following performance measures are

مخاطر جديدة في مكان العمل أو إذا أدخلت طفايات حريق مختلفة إلى مكان العمل، ويجب إخطار جميع الموظفين وتدريبهم على أداء أدوارهم المختلفة أو المعدلة في حالة إذا حدث تغيير في خطة الوقاية من الحرائق.

4.4.2 يجب أن يكون كل الأفراد على دراية بالتدريب على خطوات الاستجابة لطوارئ الحريق (RACE)، وعلى كيفية استخدام طفايات الحريق (PASS)، وأن يكونوا على دراية بمواقع إنذار الحريق وطفايات الحريق وصمامات إيقاف الأكسجين ومخارج الحريق وطرق الإخلاء لمنطقة عملهم.

4.4.3 يجب تدريب جميع العاملين بالمركز على معرفة مسببات الحريق وفئات الحريق ونوع مادة الإطفاء.

4.5 **تجارب الحريق الوهمية:**

4.5.1 يجب عقد تدريبات الحريق الافتراضية سنوياً على الأقل لكل العاملين بالمركز.

4.5.2 يجب أن تتم توثيق جميع التدريبات بالمركز وتقييمها بدقة للتعرف على أوجه القصور المكتشفة .

4.5.3 يستكمل نموذج تقييم التدريب على الحريق بواسطة مسئول السلامة ويقوم بعمل الإحصاءات عن جميع التدريبات التي تمت وإحالة هذه الإحصاءات إلى رئيس لجنة السلامة كل ثلاثة أشهر وسنوياً.

4.6 **مراقبة الأداء:**

4.6.1 تقوم لجنة السلامة باستمرار بمراقبة المخاطر الفعلية أو المحتملة المتعلقة بواحد أو أكثر من الإجراءات التالية:

1. معارف ومهارات الموظفين.
2. مستوى مشاركة الموظفين.
3. أنشطة الرصد والتفتيش.
4. الأحداث الطارئة وتقارير الأحداث.
5. التفتيش والصيانة الوقائية واختبار معدات السلامة.

4.6.2 للتعرف على فرص للتحسين، تتبع لجنة السلامة منهجية التحسين المتبعة في المركز.

4.6.3 يقوم مسئول السلامة كل ثلاثة شهور برفع أنشطة رصد تحسين الأداء والنتائج إلى لجنة السلامة.

4.6.4 يوصى باستخدام مقاييس الأداء التالية:

1. نسبة الموظفين القادرين على شرح معارفهم ومهارتهم ومستوى مشاركتهم في برنامج السلامة من الحريق.
2. عدد تجارب الحريق الوهمية التي أجريت.
3. نسبة الموظفين القادرين على وصف إجراءات

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Fire safety plan خطة السلامة من الحريق	Page 5 of 7
Department: FMS	Policy Number: FMS-PLAN-0011EA(2)	Replaces No.: FMS-PLAN-0011EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

recommended:

1. Percent of staff able to demonstrate their knowledge, skill and level of participation in the fire safety management program.
2. Number of fire drills conducted.
3. Percent of staff who can describe organizational protocols for fire response.
4. Percent of staff who can describe evacuation procedures for their unit.

4.7 Annual evaluation of the fire safety plan :

4.7.1 The annual evaluation of the Fire Safety Management Program will include a review of the scope according to the current CBAHI standards to evaluate the degree in which the program meets accreditation standards and the current risk assessment of the center.

4.7.2 A comparison of the expectations and actual results of the program will be evaluated to determine if the goals and objectives of the program were met.

4.7.3 The overall performance of the program will be reviewed by evaluating the results of performance improvement outcomes.

4.7.4 The overall effectiveness of the program will be evaluated by determining the degree that expectations were met. Included in this evaluation will be an evaluation of the effectiveness of personnel training related to the Fire Safety Plan and its components.

4.7.5 The Safety Committee shall review the performance and effectiveness of the Life Safety Management Program.

4.8 Response to fire emergency :

- Refer to Internal Emergency Preparedness Plan.

الاستجابة في حالة حدوث حريق.

4. نسبة الموظفين القادرين على وصف إجراءات الإخلاء لوحدتهم.

4.7 التقييم السنوي لخطة السلامة من الحريق:

4.7.1 يشمل التقييم السنوي لإدارة برنامج السلامة من الحريق استعراض نطاق البرنامج وفقاً لمعايير CBAHI الحالية لتقييم مدى الالتزام بمعايير الاعتماد وتقييم المخاطر الحالية للمركز.

4.7.2 سيتم تقييم مقارنة بين التوقعات والنتائج الفعلية للبرنامج لتحديد ما إذا تمت تلبية غايات وأهداف البرنامج.

4.7.3 سيتم استعراض الأداء العام للبرنامج من خلال تقييم نتائج تحسين الأداء.

4.7.4 سيتم تقييم الكفاءة العامة للبرنامج عن طريق تحديد إلى أي حد تم تحقيق التوقعات من البرنامج، ويشمل ذلك تقييم كفاءة تدريب الموظفين على خطة السلامة من الحريق ومكوناتها.

4.7.5 سيتم تقييم أداء وكفاءة برنامج السلامة من الحريق بواسطة لجنة السلامة.

4.8 الاستجابة لطوارئ الحريق:

- راجع خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية.

5- RESPONSIBILITIES :

5.1 The Center Director :

5.1.1 Promote an interest, enthusiasm and commitment to fire safety issues throughout the center.

5.1.2 Ensure that there is a designated person responsible for the production of an appropriate Fire Safety Plan.

5.1.3 To provide the required fire safety requirements.

5.1.4 Ensure the work is effectively planned and

5- المسؤوليات:

5.1. مدير المركز:

5.1.1. نشر الوعي والشعور بالاهتمام والحماس والالتزام بأمور السلامة من الحريق لدى جميع فئات العاملين بالمركز.

5.1.2. التأكد من وجود شخص مؤهل لوضع خطة مناسبة للسلامة من الحريق .

5.1.3. توفير معدات السلامة من الحريق اللازمة.

5.1.4. التأكد على عمل التخطيط اللازم والفعال للعمل على تقليص مخاطر ومسببات الحرائق إلى أدنى مستوياتها، وتبني المعايير المطلوبة لضمان السلامة.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Fire safety plan** **خطة السلامة من الحريق**	**Page 6 of 7**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PLAN-0011EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-0011EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

managed including the requirements to minimize risks to fire safety and the adoption of appropriate fire safety standards.

5.1.5 Monitor implementation of the Fire Safety Plan.

5.2 The Department Heads :

5.2.1 Be aware of the requirements of the Fire Safety Plan and safety procedures as relevant to the individual's specific area of responsibility.

5.2.2 Responsible for ensuring that their staff are familiar with Fire Safety Plan.

5.2.3 Plan and maintain a tidy area and organize it such that work can be carried out with minimal risk to fire safety.

5.2.4 Check that proposed methods of work are effective and have recognized the relevant fire safety requirements.

5.2.5 Incorporate safety instructions into routine orders.

5.2.6 Respond to the recommendations of the safety officer.

5.2.7 Ensure that staff members attend the annual Fire Safety Training.

5.3 The Safety officer :

5.3.1 Inspect the work sites to ensure that safety at work is adhered for protection of co-workers, staff, patients and visitors.

5.3.2 Ensure that all employees attend annual training on responding to fire emergency (RACE) and how to use the portable fire extinguishers (PASS), and show them the locations of fire alarms, extinguishers, fire exits and evacuation routes for their work area.

5.3.3 Orientate all new employees at hire on Fire Extinguisher Live Training and at least annually thereafter.

5.3.4 Promote safety awareness within the center by ensuring all employees are aware of their duties in the event of fire emergency and internal emergency preparedness plan.

5.3.5 Take necessary action to correct any deficiencies and unsafe conditions.

5.3.6 Monitor the fire drills center -wide, update the annual fire drill schedules.

5.3.7 Participate in the fire drill practice, review fire drill procedures, and recommend action.

5.1.5.مراقبة تطبيق خطة السلامة من الحريق.

5.2. رؤساء الأقسام:

5.2.1.معرفة متطلبات خطة السلامة من الحريق وإجراءات السلامة المتعلقة بمنطقة العمل الخاصة به.

5.2.2.التأكد من أن جميع العاملين بالقسم على دراية بخطة السلامة من الحريق.

5.2.3.المحافظة على منطقة عملهم منظمة ومرتبة بحيث يتم العمل في جو تقل فيه المخاطر لأدنى مستوياتها.

5.2.4.دراسة طرق العمل للتأكد من فعاليتها وأنها تضع في الحسبان متطلبات السلامة.

5.2.5.دمج تعليمات السلامة مع تعليمات العمل الروتيني.

5.2.6.الاستجابة لتوصيات مسؤول السلامة بالمركز.

5.2.7.التأكد من أن جميع العاملين يحضرون التدريب السنوي على السلامة من الحريق.

5.3. مسئول السلامة:

5.3.1.تفقد مواقع العمل لضمان الالتزام بالسلامة في العمل لحماية زملاء العمل والموظفين والمرضى والزوار.

5.3.2.التأكد من حضور جميع موظفي المركز التدريب السنوي على خطوات الاستجابة لطوارئ الحريق (RACE)، وعلى كيفية استخدام طفايات الحريق (PASS)، ويبين لهم مواقع إنذار الحريق وطفايات الحريق ومخارج الحريق وطرق الإخلاء لمنطقة عملهم.

5.3.3.تدريب كافة الموظفين الجدد في المركز عند التعيين على كيفية إطفاء حريق حقيقي وبعد ذلك سنويا على الأقل.

5.3.4.رفع مستوى الوعي بأمور السلامة داخل المركز من خلال ضمان توعية جميع الموظفين بدورهم في حال اندلاع حريق طارئ وفي خطة الاستعداد للطوارئ الداخلية.

5.3.5.اتخاذ الإجراء اللازم لتصحيح أي عيوب أو أوضاع غير آمنة.

5.3.6.مراقبة تدريبات الإطفاء الميدانية وتحديث جداول تدريبات الإطفاء السنوية.

5.3.7.المشاركة في تدريبات الإطفاء ومراجعة إجراءات تدريبات الإطفاء ووضع التوصيات بالعمل المطلوب.

5.3.8.مراجعة والاحتفاظ بسجلات التقارير على تدريبات الحريق وتقديم توصيات لاتخاذ إجراءات تصحيحية عند الاقتضاء إلى رئيس لجنة السلامة.

5.4. جميع العاملين:

5.4.1.حضور جميع الدورات التدريبية اللازمة عن السلامة من الحريق، والتي تشمل على التدريب على خطوات الاستجابة لطوارئ الحريق (RACE)، وعلى كيفية استخدام طفايات الحريق (PASS).

5.4.2.معرفة مواقع إنذار الحريق وطفايات الحريق ومخارج

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Fire safety plan** **خطة السلامة من الحريق**	**Page 7 of 7**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-PLAN-0011EA(2)**	**Replaces No.: FMS-PLAN-0011EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5.3.8 Review and maintain records of fire drill critique reports and make recommendations for corrective action as appropriate to the chair of the safety committee.

5.4 All staff :

5.4.1 Attend all required fire safety training sessions, including training on responding to fire emergency (RACE) and how to use the portable fire extinguishers (PASS).

5.4.2 Know the locations of fire alarms, extinguishers, fire exits and evacuation routes for their work area.

5.4.3 Familiarize themselves with fire safety plan and their responsibilities in the event of an actual fire.

5.4.4 Immediately respond to all fire emergency events in the center.

5.4.5 Participate fully in all fire drills scheduled in the center.

5.4.6 Report any defects in safety equipment and work areas or any other risks related to fire safety.

5.4.7 Avoid taking shortcuts that may lead to unnecessary risks.

الحريق وطرق الإخلاء لمنطقة عملهم.

5.4.3.تكييف أنفسهم مع خطة السلامة من الحريق ومعرفة مسؤولياتهم في حال حدوث حالة حريق فعلية.

5.4.4.الاستجابة الفورية لجميع حالات طوارئ الحريق في المركز.

5.4.5.المشاركة الكلية في جميع تجارب الحريق الوهمية في المركز.

5.4.6.رفع تقرير عن أي خلل في معدات السلامة أو في منطقة العمل أو أي مخاطر أخرى تتعلق بأمور السلامة من الحريق.

5.4.7.تجنب عمل توصيلات جانبية قد ينجم عنها مخاطر ليس لها داع.

6- FORMS:

6.1. Fire Drill Evaluation Form.

6- النماذج:

6.1. نموذج تقييم تجارب الحريق الوهمية.

7-REFERRANCES(المراجع):

7.1. National Fire Protection Association (NFPA).

7.1. الرابطة الوطنية للحماية من الحرائق (NFPA).

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Chemical Safety (MSDS) السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)	Page 1 of 5
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-070EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-070EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- **PURPOSE**

1.1. To reduce the risks to employees, patient and visitors from the chemicals.

2- **DEFINITIONS**: NA

3- **POLICY**

3.1 Hazardous chemicals must be handled and treated as specified in the Material Safety Data Sheet (MSDS).

3.2 An MSDS will be kept in a file at all times in the departments who are handling chemicals and in the Safety Department.

4- **PROCEDURES**

4.1 The safest and most complete way to identify and learn how to handle a chemical, any hazard that it may present and how to protect yourself from these hazards is to read the MSDS.

4.2 The charge person in each department must record all chemical hazards used in the department in the inventory list.

4.3 The charge person in each department must put labels on each hazardous material include the following :

1. The material name in Arabic and in English.
2. A phrase (hazardous material) in Arabic and English
3. The name and address of the chemical manufacturer.

4.4 The charge person will obtain the (MSDS) through the website of the product manufacturer, or from the supplier, and keep it in an accessible file to the staff.

4.5 The information on the MSDS is based on a substance's hazardous components, and includes the following information for each material:

4.5.1 **Identity, as Shown on the Label or List**:

1. Manufacturer's name, address and phone number
2. Emergency phone number for assistance

1- **الغرض**:

1.1 للحد من المخاطر التي يتعرض لها المرضى, العاملون والزوار من المواد الكيميائية.

2- **التعريفات** : لا توجد

3- **السياسات**:

3.1 يجب التعامل مع المواد الكيميائية الخطرة ومعالجتها كما هو محدد في سجل بيانات سلامة المواد (MSDS).

3.2 يجب أن يتم دائماً حفظ سجل بيانات سلامة المواد في ملف خاص في جميع الأقسام التي تتعامل مع المواد الكيميائية ، وفي قسم السلامة.

4- **الإجراءات**:

4.1 يعتبر قراءة سجل بيانات سلامة المواد هو أفضل وسيلة لمعرفة كيفية التعامل مع المواد الكيميائية والخطرة الموجودة وكيفية حماية نفسك من تلك الأخطار.

4.2 يقوم الموظف المسئول في كل قسم بجرد المواد الكيميائية الخطرة المستخدمة بالقسم وتدوينها في قائمة الجرد.

4.3 يقوم الموظف المسئول في كل قسم بوضع ملصقات بها بيانات عن المواد الكيميائية الخطرة كالتالي:

1. اسم المادة بالعربي والانجليزي.
2. عبارة مادة خطرة بالعربي والانجليزي.
3. اسم وعنوان الشركة المصنعة.

4.4 يقوم الموظف المسئول بالحصول على بيانات سلامة المواد من خلال موقع الويب للشركة المصنعة والمنتجة أو من المورد، ويحتفظ بها في ملف متاح لجميع الموظفين.

4.5 تستند المعلومات الموجودة في سجل بيانات سلامة المواد على مكونات المادة الخطرة، وتحتوي على المعلومات التالية لكل مادة:

4.5.1 **التعريف، كما هو موضح على الملصق أو القائمة**:

1. اسم الشركة المصنعة وعنوانها ورقم الهاتف.
2. رقم هاتف الطوارئ للحصول على المساعدة.
3. رقم هاتف للحصول على مزيد من المعلومات عن المادة.
4. تاريخ إعداد المادة.
5. توقيع المعد.

Applied to: All Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Chemical Safety (MSDS) السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)	Page 2 of 5
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-070EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-070EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

3. Phone number to call for more information on the substance
4. The date the substance was prepared
5. The signature of the preparer.

4.5.2 **Hazardous Ingredients/Identity Information**:
1. Substance's hazardous components
2. Chemical identification and common names
3. Recommended safe exposure limits

4.5.3 **Physical/Chemical Characteristics**:
The following characteristics will be listed, including but not limited to:
1. Boiling point and/or melting point to indicate at what point this substance may change from a liquid to a breathable gas.
2. Evaporation rates and/or vapor density is important for toxic gases, flammable substances and vapors that could be inhaled.
3. The specific gravity of the substance and its solubility in water. Will the substance sink, float or mix with water.
4. What is the normal odor and appearance of the substance, anything abnormal may be dangerous.

4.5.4 **Fire and Explosive Hazard Data**:
1. The flash point of the substance. At what temperature the substance becomes flammable or has explosive vapors.
2. The type of fire extinguishing media to be used in the event of a fire.
3. Any unusual fire and/or explosion hazards.

4.5.5 **Reactivity Data** :
1. Stability - if the substance stable or not and what conditions to be avoided which will have the possibility of changing this state.
2. Incompatibility - what substances to avoid mixing it with. Will mixing with water or some other substance cause an explosive result, will something as simple as exposure to air cause a dangerous condition to exist.

4.5.2 **المكونات الخطرة / معلومات التعريف:**
1. المكونات الخطرة للمادة.
2. تحديد المواد الكيميائية والأسماء الشائعة.
3. حدود التعرض الآمن الموصي بها.

4.5.3 **الخصائص الكيميائية والفيزيائية:**
سيتم سرد الخصائص التالية، على سبيل المثال لا الحصر:
1. نقطة الغليان و / أو نقطة الانصهار تشير إلى ما هي النقطة التي قد تتغير فيهل المادة من سائل إلى غاز يمكن استنشاقه.
2. معدلات التبخر و / أو كثافة البخار مهمة بالنسبة للغازات السامة، والمواد القابلة للاشتعال والأبخرة التي يمكن استنشاقها.
3. الثقل النوعي للمادة، وذوبانه في الماء. هل ستطفو المادة، أم تترسب أم تختلط مع المياه.
4. ما هي الرائحة الطبيعية للمادة ومظهرها، وأي شيء غير عادي قد يكون خطراً.

4.5.4 **بيانات خطر الاشتعال والانفجار:**
1. نقطة الوميض لهذه المادة. ما هي درجة الحرارة التي تصبح عندها المادة قابلة للاشتعال أو يصبح لديها أبخرة يمكنها احداث انفجار.
2. نوع طفايات الحريق لاستخدامها في حالة حدوث حريق.
3. أي مخاطر للاشتعال أو الانفجار غير عادية.

4.5.5 **بيانات التفاعل:**
1. درجة الاستقرار - هل المادة مستقرة أم لا، وبأي شروط يمكن تجنب إمكانية تغيير هذا الوضع.
2. عدم التوافق - ما المواد التي يجب تجنب خلطها مع هذه المادة. وهل خلطها مع الماء أو بعض المواد الأخرى قد يؤدي للانفجار. وهل يمكن أن يكون شيئاً بسيطاً مثل التعرض للهواء يسبب في حدوث حالة الخطر.
3. إذا كان يتم إنتاج أي مشتقات خطرة بعد استخدامها أو من خلال الاحتفاظ بها لمدة طويلة فما هي هذه المشتقات. ما هو الخطر في حالة تحلل هذه المادة إن وجد.
4. هل ستحدث البلمرة الخطرة وما الظروف التي ينبغي تجنبها.

Applied to: All Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Chemical Safety (MSDS) السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)	Page 3 of 5
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-070EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-070EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

3. What, if any, dangerous byproducts are produced after use or through aging. At decomposition, what is the danger if any?
4. Will hazardous polymerizations occur and what conditions should be avoided.
5. What situations to avoid and where to store in relation to other substances which are known to be reactive.

4.5.6 **Health Hazard Data**:

1. What is most important and how the substance may enter the body. Depending on the substance, it may enter the human body by inhaling, swallowing or through the skin. This section will give an indication of how to handle the substance to limit the possibility of harm.
2. What could happen if you are exposed to the substance in a harmful way? What health hazards may exist and what could happen if exposed to the chemical.
3. Will the effects of the contact show up immediately (acute) or will the chemical take time to show any effects (chronic).
4. Will the chemical give symptoms such as dizziness, nausea, rashes, headache or dermatitis? Will the chemical affect an existing condition such as asthma or is the substance believed to be a carcinogen.
5. First aid procedures are given in this section to follow until medical help can be obtained

4.5.7 **Precautions for Safe Handling and Use**:

1. What should be done if chemical is released or a spill occurs.
2. Precautions to be taken in the handling and storing of the substance.
3. Method of waste disposal.

4.5.8 **Control Measures**:

1. The type of respiratory protection required for protection from the substance, if applicable.

5. ما هي الحالات التي يجب تجنبها ومكان التخزين المناسب فيما يتعلق بالمواد التي من المعروف أنها تفاعلية.

4.5.6 **بيانات المخاطر الصحية:**

1. ما هو أهم طريقة لدخول جسم الانسان وكيف يمكن للمادة أن تدخل الجسم. تبعاً للمادة، فإنه قد تدخل جسم الانسان عن طريق الاستنشاق، أو البلع أو عن طريق الجلد. وسيوضح هذا الجزء كيفية التعامل مع هذه المادة للحد من احتمال وقوع ضرر.
2. ماذا يمكن أن يحدث إذا كنت تتعرض لهذه المادة على نحو ضار. ماذا يمكن أن تكون المخاطر الصحية الموجودة وماذا سيحدث إذا تعرضت لهذه المادة الكيميائية.
3. هل الآثار المترتبة على الاتصال تظهر على الفور (أعراض حادة) أم تستغرق المواد الكيميائية وقتا طويلا لتظهر أي آثار (مزمنة).
4. هل هذه المادة الكيميائية تعطي أعراض مثل الدوخة والغثيان، والصداع، والطفح الجلدي أو التهاب الجلد. وهذه المادة الكيميائية تؤثر على حالة موجودة مثل الربو أو هل هذه المادة يعتقد أنها مادة مسرطنة.
5. يتم توضيح إجراءات الإسعافات الأولية في هذا الجزء ليتم اتباعها حتى يمكن الحصول على المساعدة طبية.

4.5.7 **الاحتياطات بالنسبة للأمان في المناولة والاستعمال:**

1. ما ينبغي أن يتم في حالة إطلاق المادة الكيميائية أو حدوث تسرب.
2. الاحتياطات الواجب اتخاذها في تداول وتخزين هذه المادة.
3. طريقة التخلص من النفايات الخاصة بهذه المادة.

4.5.8 **تدابير الرقابة:**

1. نوع الحماية اللازمة لحماية الجهاز التنفسي من المادة، إن وجدت.
2. ما هو نوع القفازات الذي يجب ارتداءه إذا لزم الأمر، والحاجة إلى حماية العين، إذا أوصى بها.
3. ما هي الأنواع الأخرى من الملابس الواقية الذي يوصى باستعماله.
4. ما هي عادات العمل الصحية التي يجب أن تستخدم.

Applied to: All Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Chemical Safety (MSDS) السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)	Page 4 of 5
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-070EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-070EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

2. What type of gloves to wear if needed and the need for eye protection, if recommended?
3. What other types of protective clothing are recommended.
4. What hygienic work habits must be utilized?

Note: The MSDS was created and is required by law as part of your Right to know about on the job hazards.

4.6 How to Read MSDS :

4.6.1 The MSDS supplies the user detailed information on a chemical and its hazards.

4.6.2 It will list the following information on the sheet (If applicable to the product):

1. Product name
2. Chemical name
3. Manufacturer's name, address and telephone number
4. Formula
5. Trade name
6. Appearance/odor
7. Hazardous ingredients
8. Physical and chemical characteristics (fire and explosion data)
9. Physical hazards
10. Health hazards: includes acute and chronic health effects and any other information.
11. Primary routes of entry
12. Exposure limits
13. If OSHA, NTP and/or IARC considers the chemical a carcinogen
14. Emergency and first aid procedures
15. Special protection information
16. Special precaution and spill/leak procedures
17. Applicable control measures including engineering controls
18. Preparation date of MSDS and responsible party for MSDS

ملحوظة: يجب إنشاء سجل بيانات سلامة المواد، ومطلوب قانونياً كجزء من حقك في أن تتعرف على أخطار الوظيفة.

4.6 كيفية قراءة سجل بيانات سلامة المواد:

4.6.1 سجل بيانات سلامة المواد يوفر معلومات المستخدم التفصيلية عن المواد الكيماوية ومخاطرها.

4.6.2 سيتم سرد المعلومات التالية على السجل (إن وجدت لهذا المنتج):

1. اسم المنتج
2. اسم المادة الكيميائية
3. اسم الشركة المصنعة وعنوانها ورقم الهاتف
4. الصيغة
5. الاسم التجاري
6. المظهر / الرائحة
7. المكونات الخطرة
8. الخصائص الفيزيائية والكيميائية (الحريق والانفجار بيانات)
9. الأخطار الجسدية
10. المخاطر الصحية (بما في ذلك الآثار الصحية الحادة والمزمنة وغيرها من المعلومات ذات الصلة)
11. طرق الدخول الأولية
12. حدود التعرض
13. إذا كانت تعتبر المواد الكيميائية مواد مسرطنة.
14. حالات الطوارئ وإجراءات الإسعافات الأولية.
15. معلومات الحماية الخاصة.
16. الحيطة ضد الانسكاب / تسرب الإجراءات.
17. تدابير الرقابة السارية بما في ذلك الضوابط الهندسية
18. تاريخ إعداد سجل بيانات سلامة المواد والطرف المسؤول عنه.

5- RESPONSIBILITIES :

5- المسئوليات:

5.1 جميع العاملين بالمركز الذين يتعاملون مع المواد الكيميائية مسئولون وخاضعون للمساءلة لمراقبة وتنفيذ هذه السياسة.

Applied to: All Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Chemical Safety (MSDS)** **السلامة الكيميائية (سجل بيانات سلامة المواد)**	**Page 5 of 5**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-APP-070EA(2)**	**Replaces No.: FMS-APP-070EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5.1 All the center staff who are handling chemicals shall be responsible and accountable for the monitoring and implementation of this policy.

6- FORMS:

6.1 MSDS.

6- النماذج:

6.1 سجل بيانات سلامة المواد.

7- REFERRANCES (المراجع):

7.1 Laboratory Biosafety Guidelines, 2nd edition, 1996. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada

7.2 Hazardous Chemicals: Information and Disposal Guide. 2nd or 3rd edition.

7.1 المبادئ التوجيهية للسلامة البيولوجية للمختبر، الطبعة الثانية، 1996. مركز المختبر لمكافحة الأمراض، كندا الصحية

٢-٧ المواد الكيميائية الخطرة: دليل المعلومات والتخلص منها. الطبعة الثانية أو الثالثة.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: No Smoking Policy** **سياسة منع التدخين**	**Page 1 of 2**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-APP-037EA(2)**	**Replaces No.: FMS-APP-037EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To limit smoking habit.
1.2 To prevent the hazards of passive smoking.
1.3 To prevent fire potentials.
1.4 In compliance with Royal Order #78/7/M dated 11 Muharram 1404H.

2- DEFINITIONS : Non.

3- POLICY:

3.1 Smoking by employees, students, volunteers, patients, visitors, and other individuals is prohibited in all area within the center.
3.2 Smoking is prohibited in all areas including but not limited to clinics, offices, restrooms, waiting areas, mechanical equipment spaces, nursing stations, locker rooms, corridors, courtyards and entrance areas.
3.3 The sale of smoking materials is also prohibited on the premises of the center.
3.4 A designated smoking area exterior to the center and away from the entrance (example: in the backyard) could be provided as identified by signage.
3.5 Employees and visitors who wish to smoke may do so in designated outside areas and on public sidewalks on the perimeter of the center unless prohibited by signage.
3.6 All smokers who smoke in designated smoking areas outside the center facilities must use extreme care to ensure that all cigarettes, matches, etc. are safely extinguished and placed in appropriate receptacles for disposal.
3.7 The center's staff will be disciplines for violation of this policy, according to MOH laws and regulations, (refer to the employee manual).
3.8 The Contractors’ personnel may be disciplines for repeated offenses, in accordance with the policies and procedures of their employer.
3.9 Any staff will verbally warn Patients and visitors who smoke in the center by telling them politely that

1- الغرض:

1.1 للحد من عادة التدخين.
1.2 لمنع أضرار التدخين السلبي.
1.3 لمنع مسببات الحريق.
1.4 للتمشي بالأمر السامي رقم 78/7/M بتاريخ 11 محرم 1404.

2- التعريفات :لا يوجد

3- السياسات:

3.1 يمنع التدخين منعا باتا من قبل الموظفين والطلاب والمتطوعين والزوار والأشخاص الآخرين في كافة أرجاء المركز.
3.2 يمنع التدخين منعا باتا في جميع مرافق المركز ويشمل على سبيل المثال لا الحصر: العيادات، المكاتب، دورات المياه، أماكن الانتظار، مكان تواجد الأجهزة، محطات التمريض، غرف التخزين، الممرات، الباحات، مداخل المركز.
3.3 يمنع منعا باتا بيع وشراء منتجات التبغ داخل المركز.
3.4 يسمح بتخصيص مكان للتدخين خارج المركز بعيدا عن المدخل (في الفناء الخلفي على سبيل المثال) ويتم وضع لافتة بذلك.
3.5 يسمح لمن يرغب بالتدخين من الموظفين والزوار بالتدخين في المكان المخصص خارج المبنى وفي الأماكن العامة والأرصفة المجاورة للمركز إلا إذا كان يوجد لافتات ممنوع التدخين.
3.6 يجب على المدخنين الذين يدخنون في الأماكن المخصصة خارج المركز أخذ الحيطة القصوى للتأكد من أن السجائر وأعواد الثقاب تم التخلص منها بأمان وفي الأماكن الملائمة لذلك.
3.7 يتم معاقبة موظفي المركز المخالفين لهذه السياسة وذلك حسب قوانين وأنظمة وزارة الصحة (راجع دليل الموظف).
3.8 يتم معاقبة الموظفين اللذين يعملون بشكل جزئي في المركز في حال مخالفتهم للسياسة وذلك وفقا لسياسات وإجراءات مرجعهم الإداري.
3.9 يجب على أي موظف تنبيه المرضى والزوار المدخنين داخل المركز شفويا وبلطف وذلك بإخبارهم بأن التدخين ممنوع داخل المركز ويجب أن يطلب منهم إطفاء السيجارة فورا مع إرشادهم إلى الأماكن المسموح التدخين فيها.
3.10 يجب على الموظفين في حال عدم تقييد المرضى والزوار بسياسة المركز بالامتناع عن التدخين داخل المركز بعد التنبيه الشفوي يتم طلب خروجهم من المركز واستدعاء رجل الأمن لإبعاد الشخص من المبنى أو تبليغ مدير المركز إذا استدعى الأمر.

smoking is not allowed in the center & they must put off cigarette immediately, in the same time they will be directed to the areas where smoking is allowed.

3.10 In case patients and visitors do not adhere to the center's "No Smoking" policy, after verbal warning, they will be asked to leave the facility. Security personnel will be notified and asked to escort the person from the facility, and to inform the center`s director if necessary.

4- PROCEDURES:

Non

-4 الإجراءات:

لا يوجد

5- RESPONSIBILITIES :

5.1 The center director: must inform all employees, including new hires, of the "No Smoking" policy.

5.2 The safety officer: responsible for putting of an appropriate number of "No Smoking" signs throughout the center to inform/remind staff, patients and visitors of the center 's "No Smoking" policy.

5.3 All the center employees, contractors' personnel, patients, visitors, volunteers, etc.: must adhere to the "No Smoking" policy.

5.4 The Security employee :must ensure that the "No Smoking" policy is enforced.

-5 المسئوليات:

5.1 مدير المركز: يقوم بتعميم سياسة منع التدخين على جميع الموظفين بما في ذلك الموظفين الجدد.

5.2 مسئول الأمن والسلامة: يقوم بوضع العدد المناسب من لافتات ممنوع التدخين في جميع أرجاء المركز لتذكير الموظفين والمرضى والزوار بسياسة منع التدخين.

5.3 الموظفون والمتعاقدون والمرضى والزوار وغيرهم: يجب عليهم التمشي بسياسة منع التدخين.

5.4 موظف الأمن: يجب عليه التأكد من تطبيق سياسة منع التدخين.

6- FORMS:NA

-6 النماذج :لا يوجد

-7 المراجع (REFERRANCES:)

7.1معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية .

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Handling Chemical Spills التعامل مع انسكاب المواد الكيمائية	Page 1 of 7
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-039EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-039EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1. **PURPOSE:**
   1.1. To prevent contamination, injury or damage of the center patients, visitors or staff from all types of chemical spills that can occur in the center.

2. **DEFINITIONS:**
   2.1. **Spills:** A spillage of uncontrolled spill of a hazardous material that may lead to unsafe exposure.

3. **POLICY:**
   3.1. Chemical spills must be handled promptly and properly for the welfare of the patients, visitors and personnel.
   3.2. The necessary equipment such as spill kits and personal protective equipment must always be available to respond to these spills.
   3.3. All the center staff must be trained on the use of spill kits and how to read Material Safety Data Sheet (MSDS).
   3.4. Only trained personnel must clean chemical Spills.

4. **PROCEDURES :**
   4.1 **General guidelines:**
   4.1.1 Material Safety Data Sheet (MSDS) must be always seen to determine the appropriate cleaning method.
   4.1.2 No attempt to clean up the spill must be made if the necessary protective equipment is not available.
   4.1.3 A manageable spill is a situation in which an individual who is competent and has been trained can safely contain, clean up and dispose the spill without risk to themselves or others.
   4.1.4 If the spill cannot be safely handled using the equipment and personnel present, contact the code orange Team.
   4.1.5 Small liquid spills (<1 litre) can be absorbed with paper towels, sand or an absorbent

1. **الغرض:**
   1.1. لمنع حدوث العدوى أو الإصابة أو الضرر لمرضى وزوار وموظفي المركز من كل أنواع الانسكاب الكيماوي والذي يمكن أن يحدث داخل المركز.

2. **التعريفات:**
   2.1. **الانسكاب:** هو انسكاب لا يمكن السيطرة عليه لمادة خطرة والتي يمكن أن تؤدي لتعرض غير آمن.

3. **السياسة:**
   3.1. يجب التعامل مع الانسكابات الكيمائية بصورة عاجلة ومتقنة لمصلحة المرضى والزوار والموظفين.
   3.2. يجب توفر جميع الأدوات الضرورية للتعامل مع هذه الانسكابات مثل عدة الانسكاب وأدوات الحماية الشخصية.
   3.3. يجب أن يتم تدريب كل موظفي المركز على استخدام عدة الانسكاب وعلى كيفية قراءة نشرات سلامة المواد(MSDS).
   3.4. يجب أن يتم تنظيف الانسكاب الكيميائي بواسطة الأفراد المدربين فقط.

4. **الإجراءات:**
   4.1 **إرشادات عامة:**
   4.1.1 يجب الرجوع دائماً للأوراق الخاصة بسلامة المواد(MSDS) لتحديد طريقة التنظيف.
   4.1.2 يجب ألا تتم محاولة تنظيف الانسكاب ما لم تتوفر أدوات الحماية الشخصية.
   4.1.3 الانسكاب الذي يكون تحت السيطرة هو الحالة التي يكون فيها الفرد المؤهل والذي تم تدريبه قادر على أن يحتوي الانسكاب بأمان وقادر على تنظيف والتخلص من الانسكاب من دون مخاطر على أنفسهم أو الآخرين.
   4.1.4 إذا لم يكن ممكناً التعامل مع الانسكاب بصورة آمنة بالأشخاص والأدوات الموجودة، يجب الاتصال بفريق النداء البرتقالي.
   4.1.5 يمكن امتصاص الانسكابات الصغيرة (اقل من 1لتر) بورق منشف أو رمل أو مواد ممتصة، في حالة انسكاب المواد القابلة للاشتعال فإن الورق المنشف غير مناسب

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Handling Chemical Spills التعامل مع انسكاب المواد الكيميائية	Page 2 of 7
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-039EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-039EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

material, in the case of flammable spills paper towels are not suitable for cleaning and must not be used.

4.1.6 Most solid spills can be brushed up and disposed in appropriate waste containers, but care must be exercised to avoid incompatible (reactive/ catalyst) Combinations.

4.1.7 Do not dispose soiled paper towels or other materials used to clean up a spill in open trash containers. Refer to waste management policy for appropriate waste disposal.

4.2 Small spill :

4.2.1 Defined as less than 1 litre and no toxic fumes/vapours.

4.2.2 If the spill is in a public area such as a corridor, warn others to leave the area.

4.2.3 If the spill is manageable the individual may initiate the cleanup process, using items found in Spill Kits, in accordance with the specific guidelines of the material or MSDS (material safety data sheet) and advise their supervisor/manager.

4.2.4 Use appropriate personal protective equipment (laboratory coat, gloves, face shield or goggles, etc.).

4.2.5 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass and discard into a sharps container.

4.2.6 Environmental services may be called to provide further clean-up of the spill.

4.3 Large spill :

4.3.1 A large spill will be defined as more than 1 litre and/or toxic fumes/vapours. For **manageable chemical spill** follow the following protocol **:**

1. Notify all individuals in the immediate vicinity of the spill. If necessary, they should move to a safe distance away from the spill location. Barricade the spill area with floor signs or yellow barrier tape to notify people to keep away from hazard.

للتنظيف ويجب ألا يستخدم.

4.1.6 يمكن كنس وإزالة معظم الانسكابات الصلبة والتخلص منها في حاويات نفايات مناسبة، لكن يجب أخذ الحذر لتفادي الاتحادات المتنافرة (تفاعلي /محفز).

4.1.7 لا تضع أوراق التنشيف المتسخة أو المواد الأخرى المستخدمة لتنظيف الانسكاب في سلة مهملات مفتوحة في منطقة العمل. ارجع إلى سياسة التعامل مع النفايات للتخلص المناسب من النفايات.

4.2 الانسكاب البسيط:

4.2.1 يتم تعريف الانسكاب الصغير بالانسكاب الأقل من 1لتروالذي لا يكون له أدخنة سامة/الأبخرة.

4.2.2 إذا كان الانسكاب في مكان عام كالممرات، يجب تحذير الآخرين لمغادرة المنطقة.

4.2.3 إذا كان الانسكاب يمكن السيطرة عليه فليبدأ الشخص المسئول في عملية التنظيف، وذلك باستخدام الأدوات الموجودة في مجموعة الانسكاب، وفقاً للمبادئ المحددة الموجودة في سجل بيانات سلامة المواد، وإبلاغ المشرف.

4.2.4 قم باستخدام معدات الحماية الشخصية الملائمة (معطف المختبر والقفازات والنظارات واقية أو درع الوجه، الخ.)

4.2.5 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور والتخلص منه في وعاء الأدوات الحادة.

4.2.6 يمكن إبلاغ الخدمات البيئية لتقديم المزيد من تنظيف الانسكاب.

4.3 الانسكابات الكبيرة:

4.3.1 يتم تعريف الانسكاب كبير بما يزيد عن1 لتر/ أو المصحوب بأدخنة سامة أو أبخرة. للتحكم بتسرب المواد الكيماوية يمكن إتباع البروتوكول التالي:

.1 قم بإخطار جميع الأفراد في المنطقة المجاورة مباشرة للتسرب. إذا لزم الأمر، ينبغي أن تنتقل إلى مسافة آمنة بعيدا عن مكان التسرب قم بوضع علامات أرضية أو شريط الحاجز عند منطقة الانسكاب لإعلام ا لناس بالابتعاد عنا لخطر.

.2 تعرف على المادة المنسكبة، إذا لزم الأمر عن طريق فحص البطاقات، والمورد المنتج و/ أو سجل بيانات سلامة المواد. تعرف على الفور على أية

2. Identify the spilled material, if necessary by checking labels, product supplier and/or Material Safety Data Sheets. Identify any immediate hazards, including flammability, toxicity and any surrounding or contributing hazards.
3. For flammable or combustible liquids, immediately eliminate all potential ignition sources, only if this can be done safely.
4. Be sure fume hood and other local exhausts are operating. Ventilate the spill area as much as possible. Vapours will be emitted from the spill, regardless of the size

4.4 The following steps are only to be performed by qualified persons:

4.4.1 Obtain the spill control materials.

4.4.2 Select the appropriate personal protective equipment (protective clothing goggles or face shield, gloves, footwear [and respirator if indicated]). Estimate the volume of the spill and slowly place an appropriate number of spill control pillows, starting from the perimeter of the spill and working inwards, on the spill. Larger spills can be encircled with the spill control socks to prevent their spread. Allow the absorptive action of the spill control pillow to absorb the spill. For a spill of liquid acid or alkali, use the appropriate neutralizer to neutralize and absorb the spill. See instructions on neutralizer bottle. PH paper is useful in determining whether neutralization is complete.

4.4.3 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass. Discard the glass into the broken glass bucket or into a sharps container.

4.4.4 Place pillows into yellow polyethylene bags. Seal and label contents. Note: Spill control pillows DO NOT contain any chemicals designed to make liquids less toxic, hazardous or flammable. Liquids, when contained in any

مخاطر، بما في ذلك السمية، والقابلية للاشتعال وأية أخطار محيطة بها أو مساهمة فيها.

.3 بالنسبة للسوائل القابلة للاشتعال، يجب القضاء على الفور على جميع مصادر الاشتعال المحتملة إذا كان يمكن القيام بذلك بأمان.

.4 تأكد من أن شفاط الدخان والشفاطات القريبة الأخرى تعمل. قم بتهوية منطقة الانسكاب قدر الإمكان. سوف تنبعث الأبخرة من التسرب، بغض النظر عن حجم.

4.4 يقوم بالإجراءات التالية الأشخاص المؤهلين فقط:

4.4.1 احضر مواد التحكم في التسرب والانسكاب.

4.4.2 اختر معدات الحماية الشخصية الملائمة (ملابس واقية ونظارات أو درع الوجه، والقفازات، والأحذية [والتنفس إذا أشار إليها]. قم بتقدير حجم التسرب ووضع عدد مناسب من وسائد الانسكاب، بدءً من محيط البقعة والعمل إلى الداخل. يمكن تطويق الانسكاب الأكبر بجوارب التحكم لمنع انتشارها السماح لعمليات الامتصاص بالعمل على امتصاص الانسكاب. عند تسرب السائل الحامض أو القلوي، استخدم مبطل المفعول المناسبة لتحييد واستيعاب التسرب انظر التعليمات في زجاجة التحييد. ورقةPH ستكون مفيدة في تحديد ما إذا كانت عملية الإبطال اكتملت.

4.4.3 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور. تخلص من الزجاج في دلو الزجاج المكسور أو وعاء الأدوات الحادة.

4.4.4 ضع الوسائد في أكياس البولي اثيلين الصفراء. وأحكم الغلق ملاحظة وسائد تحكم التسرب لا تحتوي على أي مواد كيميائية مصممة لجعل السوائل أقل السامة والخطرة أو القابلة للاشتعال. عند وجود السوائل في أي مادة ماصة، ستستمر في كونها غير آمنة. ولذلك، توخي الحذر الشديد عند التعامل معها أو تخزينها أو التخلص منها.

4.4.5 عند تسرب مادة كيميائية جافة، قم بكنس هذه المادة الكيميائية بالمكنسة وتخلص منها في كيس البولي اثيلين الأصفر.

4.4.6 في حالة تسرب مادة كيميائية جافة أو بعد استخدام

absorbent material, will continue to be unsafe. Therefore, exercise extreme care when handling, storing or disposing of spill control pillows containing such liquids.

4.4.5 For a spill of a dry chemical, sweep up the chemical with a dustpan and broom, dispose of into a yellow polyethylene bag, and label.

4.4.6 For a spill of a dry chemical or after the use of neutralizers, wash the surface with detergent and water and clean by ordinary means.

4.4.7 Double bag the yellow polyethylene bag with a second yellow polyethylene bag. Label it and transfer it to the chemical waste storage area.

4.4.8 Inform the Supervisor or designate. Document the spill on the Employee Incident Report and give it to the Supervisor.

4.5 In all instances, If it has been determined by the person in charge that a spill cannot be handled in a safe and competent manner, or the nature of the substance cannot be determined, The user department will call the operator to activate CODE ORANGE, in order to obtain assistance of the emergency response team, indicate :

CODE ORANGE

The type of the spill (if known).

The location of the spill.

The name of the person in charge in the user department.

4.6 The Supervisor/Manager must ensure that the following information about the material spilled is available for those involved in the clean-up :

1. Proper classification
2. Appropriate equipment is available
3. Necessary precautions are taken
4. Appropriate expertise is available
5. External resources are requested, if necessary.

المعادل، قم بغسل السطح بالمنظفات والماء وتنظيفه بالوسائل العادية.

4.4.7 قم بمضاعفة حقيبة البولي اثيلين الأصفر بحقيبة أخرى من مادة البولي اثيلين الصفراء. وضع علامة عليها وتحويلها إلى منطقة تخزين النفايات الكيميائية.

4.4.8 قم بإبلاغ المشرف وتوثيق الانسكاب على تقرير الإبلاغ عن الحادث.

4.5 في جميع الحالات، إذا تم التحديد من قبل الشخص المسؤول أنه لا يمكن معالجة التسرب بطريقة آمنه وصحيحة من قبل موظفي المركز **أو** في حالة عدم التمكن من تحديد طبيعة المادة سوف يقوم القسم المستخدم بالاتصال برقم السنترال لتنشيط النداء البرتقالي من أجل الحصول على المساعدة من فريق الطوارئ، ويتم ذكر التالي:

الإشارة: النداء البرتقالي.

نوع التسرب أو الانسكاب.

مكان الانسكاب

اسم الشخص المسئول في هذا القسم.

4.6 يجب على المشرف التأكد من أن المعلومات التالية حول المادة المنسكبة متوفرة لأولئك الذين شاركوا في التنظيف:

1. تصنيف المادة مناسب.
2. المعدات المناسبة متاحة
3. اتخاذ الاحتياطات اللازمة
4. الخبرة المناسبة متاحة
5. طلب الموارد الخارجية، إذا لزم الأمر.

4.7 يقوم المشرف بضمان أن يتم التنظيف بطريقة آمنة، وذلك باستخدام المعلومات المتاحة في سجل بيانات سلامة المواد.

4.8 إذا أعلن النداء البرتقالي سيقوم المشرف بتقديم المعلومات المناسبة المتعلقة بالانسكاب لفريق الطوارئ وسوف يساعد في تطهير المنطقة من الزوار والعاملين الذين ليسوا ضمن فريق الاستجابة الطارئة والعمال وفقا لتوجيهات فريق الطوارئ.

4.9 يجب البدء فيعمل تقرير الحوادث وبدء عملية التحقيق، والتي سيتم إرسالها إلى لجنة السلامة.

4.10 التعامل وإدارة انسكاب لمادة كيماوية محددة:

4.7 The Supervisor/Manager ensure that clean-up is done in a safe manner, using the information available on the MSDS.

4.8 If a Code Orange is called, the supervisor will provide the appropriate information pertaining to the spill to the Emergency Response Team and will assist in clearing the area of visitors, non-emergency response personnel and workers as directed by the Team.

4.9 Will initiate an Incident Report and an investigation process, which will be forwarded to the Safety Committee.

4.10 Handling spills for specific chemical :

4.10.1 Flammable and Toxic Liquids.

1. Follow the Fire safety rules (RACE).
2. Turn off ignition and heat sources cover the spilled material with e.g. plastic bag to keep substance from volatilizing
3. Wear appropriate safety equipment and an appropriate respirator if toxic vapors are involved.
4. If no flames are evident, pour adsorbent around the perimeter of the spill and then cover the rest of the material.
5. While wearing gloves resistant to the chemical being handled, scoop up the absorbed spill, place it in a plastic bag or suitable container, resistant to chemical being handled, seal it and place in a container ready for disposal.

4.10.2 Corrosive Chemicals :

1. Corrosive chemical includes strong acids (e.g. nitric, chromic and hydrofluoric acids) strong bases (e.g. metal hydroxides as sodium hydroxide. potassium hydroxide and ammonium) and dehydrating agents (e.g. concentrated sulfuric acid sodium hydroxide, phosphorus pentoxide, Face shields must be used and appropriate

4.10.1 السوائل السامة والقابلة للاشتعال:

1. لابد من إتباع قواعد السلامة (كلمة RACE).
2. أوقف مصـــادر الاشــتعال والحرارة غطي المادة المنسكبة بكيس بلاستيك لمنع المادة من التطاير.
3. أرتدي أدوات السـلامة الشـخصـية المناسـبة وكذلك كمامة مناسبة إذا كان هناك وجود لأبخرة سامة.
4. في حالة عدم وجود لهب ظاهر: صب مادة ممتصة حول محيط المـادة المنســكبـة ومن ثم غطي بقيـة المادة المنسكبة.
5. بينمـا لا تزال ترتـدي القفـازات المقـاومـة للمـادة الكيماوية المنســكبة قم بجرف الانســكاب الذي تم امتصاصه وضعه بكيس بلاستيك أو وعاء أو حاوية مناســبة مقاومة للمادة الكيماوية المنســكبة اقفلها وضعها في حاوية جاهزة للتخلص منها.

4.10.2 المواد الكيماوية الأكالة:

1. تشـــمل المواد الأكالة الأحماض القوية (المركزة) مثل:(النتريك، الكروميك، الهايدرفلوريك)، والقواعد القوية مثل: (هيدروكسيدات المعادن مثل هيدروكسيد الصــوديوم وهيدروكســيد البوتاســيوم والأمونيا) والمركبـات العضـــويـة مثـل: (حـامض الكبريتيك المركز، هيدروكســيد الصــوديوم، بينتوكســيد الفسفور)،
2. يجب وضـــع أغطية للوجه واســتخدام مواد معادلة مناســبة كما موضـــح في أوراق البيانات الخاصـــة بسلامة المواد(MSDS).

4.10.3 السوائل الأكالة:

1. نبـه أي شـــخص موجود إذا انطلقت أبخرة، نظف المنطقة
2. لا تحاول أن تمسح السوائل الأكالة ما لم يتم تخفيفها.
3. يجب اســتخدام القفازات، الأحذية الواقية والمريول وحماية للعيون عند معادلة انسـكاب مواد أكالة قوية ويجب حماية الجهاز التنفسـي إذا كان السـائل يطلق أبخرة أو غازات أكالة.
4. صـــب المادة المعادلة ومادة الامتزاز المطلوبة كما موضح في (أوراق بيانات سلامة ال موادMSDS) حول محيط الانسكاب، وبعد ذلك أضف الماء بعناية

neutralizing martial must be used as indicated in **MSDS.**

4.10.3 Corrosive Liquids :

1. Alert everyone present if vapors are being released, clear the area.
2. Do not attempt to wipe up a corrosive liquid unless it is very dilute.
3. Gloves, boots. Apron and eye protection MUST be used when neutralizing an extensive corrosive spill .Respiratory protection is required if the liquid releases corrosive vapor or gas.
4. Pour the required neutralizing or adsorbing material as indicated in MSDS around the perimeter of the spill, and carefully add water and more neutralizing material to the contained area, carefully agitate to promote neutralization.
5. Use Ph. paper to verify that all contaminated area are neutralized and safe to wipe up.
6. If an adsorbent (e.g., spill control pillows) is used instead of a neutralizer , scoop up the absorbed spill, place it in a plastic bag, seal it ,and then place in a labeled box if neutralized material contains no toxic heavy metals (e.g. chromium) , flush down the drain with plenty of water.

ومادة معادلة إضـــافية لمنطقة الانســكاب، ثم حرك بعناية لتحفيز المعادلة.

5. اســتخدم ورقة قياس درجة الحموضــة (PH)لتتأكد بـأن كل المنطقة الملوثـة قد تمـت معـادلتهـا ويمكن مسحها بطريقة آمنة.

6. إذا استخدمت مادة للامتزاز (مثل وسادات السيطرة على الانســكاب) بدلاً من مادة معادلة , قم بجرف الانسـكاب الذي تم امتصــاصـــه, وضـعـه في كيس بلاستيكي , اقفله ومن ثم ضعه داخل صندوق وضع علامة على الصندوق.

5- **RESPONSIBILITIES** :

5.1 All center staff are responsible for proper implementation of this policy.

5.2 House Keeping is responsible for appropriate waste collection and decontamination of containers.

5.3 The safety department oversees that this policy is properly implemented.

5. **المسئوليات:**

5.1 جميع العاملين بالمركز مسئولون عن تطبيق هذه السياسة بصورة صحيحة.

5.2 قســم النظافة هو المســئول عن جمع النفايات بصــورة جيدة وصحيحة وتطهير الحاويات.

5.3 يشرف قسم السلامة على التطبيق الجيد لهذه السياسة .

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Handling Chemical Spills التعامل مع انسكاب المواد الكيمائية	Page 7 of 7
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-039EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-039EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

6- **FORMS**:NA

6- **النماذج** :لا يوجد

7. **REFERRANCES(المراجع)**:

7.1 Furr Keith A. CRC Handbook of laboratory safety
7.2 American University of Beirut Safety Manual Chemical Hygiene plan EHS&RM 2003.
7.1- دليل السلامة المعملية Furr Keith A. CRC
7.2- دليل السلامة في الجامعة الأمريكية في بيروت دليل السلامة الكيميائية (EHS & RM 2003)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Code Orange (Spill Management)** **النداء البرتقالي (التعامل مع الانسكابات)**	**Page 1 of 4**
Department: FMS	**Policy Number: FMS-APP-038EA(2)**	**Replaces No.: FMS-APP-038EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. **PURPOSE**:
   - **1.1.** To identify exposure to a hazardous material spill\ release.
   - **1.2.** To safety evacuate the area of spills, and protect others from exposure within the center or on its grounds, due to a hazardous material spill\ release.

2. **DEFINITIONS**:
   - **2.1 Code Orange safety officer:** a person who is certified to handle all types of spills
   - **2.1 Biological hazard: It** is a hazard that poses a risk of infectious disease transmission to individuals either through direct or indirect contact.
   - **2.3 Chemical hazard** : It is a hazard that poses a risk of chemical injury or harm to individuals either through direct or indirect contact
   - **2.4 Spill Kit**: Box that contain all necessary tools to handle all spills that might occur within the center.

3. **POLICY**:
   - **3.1** A Hazardous material spill\releases likely to cause injury or illness &may harm the environment.
     - **3.1.1** Departments with identified hazardous materials must develop a disaster specific policy to support this APP.
     - **3.1.2** Spill kits with instruction absorbents. Reactants and protective an equipment shall be available to clean up minor spills.
   - **3.2** The center defines procedures to be taken in response to a minor and a major spill, to provide a fast and safe means of containment and cleanup of hazardous spills.
   - **3.3** All staff who may use or come into contact with hazardous materials must be trained annually on :
     1. Safe handling procedures for hazardous materials.
     2. Personal protective equipment training.
     3. Hazardous communication procedures.
     4. Material Safety Data Sheet.
     5. Spill clean –up procedures.

4. **PROCEDURES** :
   - **4.1 Small Spill** :
     - **4.1.1** If the spill is in a public area such as a corridor, warn others to leave and start the clean up immediately.

1. **الغرض:**
   - **1.1.** للتعرف على خطر التعرض لانسكاب أو تسرب المواد الخطرة.
   - **1.2.** لإخلاء موقع الانسكاب بأمان وحماية الآخرين من التعرض للمواد المنسكبة/ المتسربة داخل المركز أو على أرضيته.

2. **التعريفات:**
   - **2.1. مسؤول السلامة للرمز البرتقالي: هو** شخص مؤهل للتعامل مع جميع أنواع الانسكابات.
   - **2.2. الخطر البيولوجي:** هو الخطر الذي يحمل خطر نقل الأمراض المعدية إلى الأفراد بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
   - **2.3. الخطر الكيميائي:** وهو الخطر الذي ينتج عنه خطر الإصابة أو الأذى الكيميائي للأفراد بصورة مباشرة أو غير مباشرة.
   - **2.4. عدة الانسكاب:** هو صندوق يحتوي على الأدوات الضرورية للتعامل مع الانسكاب التي قد تحدث داخل المركز.

3. **السياسة:**
   - **3.1** انسكاب أو تسرب السوائل الخطرة من الممكن أن يسبب إصابة أو مرض ويسبب الضرر للبيئة:
     - **3.1.1** يجب وضع سياسة خاصة بالإجراءات الإدارية للأقسام التي يوجد بها مواد خطرة.
     - **3.1.2** بجب توفير إرشادات الامتصاص وأدوات التخلص من انسكاب السوائل ومعدات الوقاية لتنظيف الانسكاب الثانوي.
   - **3.2** يحدد المركز الإجراءات التي تتخذ عند الاستجابة للانسحابات الصغيرة والكبيرة، لاحتواء وتنظيف الانسكابات الخطرة بطريقة سريعة وآمنة.
   - **3.3** يجب تدريب جميع العاملين الذين يستخدمون الأدوات الخطرة أو على اتصال بها سنوياً ويشمل التدريب:
     1. إجراءات السلامة للتعامل مع المواد الخطرة.
     2. التدريب على استخدام معدات الوقاية الشخصية.
     3. إجراءات الاتصال عند التعرض للمواد الخطرة.
     4. دليل سلامة المواد.
     5. إجراءات نظافة المواد المنسكبة.

4. **الإجراءات:**
   - **4.1 الانسكاب البسيط:**
     - **4.1.1** إذا كان الانسكاب في مكان عام مثل ممر، قم بتحذير الآخرين لمغادرة المكان وابدأ في التنظيف فوراً.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Code Orange (Spill Management) النداء البرتقالي (التعامل مع الانسكابات)	Page 2 of 4
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-038EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-038EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.1.2 Use appropriate personal protective equipment (laboratory coat, gloves, face protector shield or goggles, etc.).
4.1.3 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass and discard into a sharps container.
4.1.4 Cover spill with paper towels to avoid splashing during the addition of disinfectant.
4.1.5 Squirt disinfectant onto paper towels and with circular motion move from the outside towards the center.
4.1.6 Let stand for 30 minutes.
4.1.7 Clean up paper towels and place them in a yellow biohazard bag.
4.1.8 Disinfect contaminated surface with appropriate disinfectant and wipe with additional paper towels. Place paper towels in a yellow biohazard bag.
4.1.9 Wash hands.

4.2 __Large Biological Spill__ (possible aerosol formation) :
4.2.1 Any individual involved in the cleanup of a spill must determine the nature of the spill and the appropriate clean-up procedure before beginning clean up.
4.2.2 Hold breath, alert others, leave the area and close the door.
4.2.3 If the spill is in a public area such as a corridor, warn others to leave
4.2.4 After 30 minutes, when aerosols have settled, enter the area to begin cleanup.
4.2.5 Obtain the spill control materials.
4.2.6 Use appropriate PPE (gloves, gowns, face shield or goggles, footwear).
4.2.7 For high-risk agents, N95 mask must be used.
4.2.8 Use forceps or heavy gloves to pick up any broken glass and discard into a sharps container.
4.2.9 Cover the spill with disposable absorbent material (paper towels or spill control pillows) or encircle the spill to prevent spreading.
4.2.10 After absorption of the liquid, discard contaminated material into a yellow biohazardous bag.
4.2.11 Follow disinfection procedure as for a small spill.
4.2.12 Inform the Supervisor or designate. Document the spill on the Incident Form.

4.1.2 استخدم معدات الحماية الشخصية الملائمة (معطف المختبر، والقفازات، والدرع الحامي للوجه أو النظارات الواقية الخ).
4.1.3 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور وتخلص منه في وعاء المواد الحادة.
4.1.4 قم بتغطية الانسكاب بمناشف ورقية لتجنب انتشارها خلال إضافة مطهر.
4.1.5 قم برش مطهر على المناشف الورقية مع التحريك حركة دائرية من الخارج نحو الوسط.
4.1.6 اتركه لمدة 30 دقيقة.
4.1.7 قم بتنظيف المناشف الورقية ووضعها في الأكياس الصفراء.
4.1.8 قم بتطهير السطح الملوث بالمواد المطهرة المناسبة والمسح بمناشف ورقية إضافية. ضع المناشف الورقية في الأكياس الصفراء.
4.1.9 قم بغسل الأيدي.

4.2 __الانسكاب البيولوجي الكبير:__(مع احتمال تكون الهباء الجوي):
4.2.1 يجب على أي فرد يشترك في تنظيف انسكاب أو بقعة من تحديد طبيعة التسرب والطريقة المناسبة للتنظيف قبل البدء في التنظيف.
4.2.2 قم بحبس الأنفاس، وتحذير الآخرين، ومغادرة المنطقة وإغلاق الباب.
4.2.3 إذا كان الانسكاب في مكان عام مثل ممر، حذر الآخرين إلى ضرورة مغادرة المكان إلى مكان آمن.
4.2.4 ب عد30 دقيقة، بعد استقرار الهباء، قم بدخول المنطقة للبدء في عملية تنظيف.
4.2.5 أحضر مواد التعامل مع الانسكاب.
4.2.6 استخدم معدات الحماية الشخصية المناسبة (قفازات، معاطف، درع الوجه أو النظارات واقية، والأحذية).
4.2.7 يجب ارتداء قناع N95 للمواد عالية الخطورة.
4.2.8 استخدم ملقط أو قفازات ثقيلة لالتقاط أي زجاج مكسور والتخلص منه في وعاء المواد الحادة.
4.2.9 قم بتغطية الانسكاب بمادة ماصة يمكن التخلص منها (المناشف الورقية أو وسائد الانسكاب) أو محاصرة الانسكاب لمنع الانتشار.
4.2.10 بعد امتصاص السائل، قم بالتخلص من المواد الملوثة في حقيبة النفايات الصفراء.
4.2.11 قم بإتباع إجراءات التطهير كما في الانسكاب الصغير.
4.2.12 قم بإبلاغ المشرف وتوثيق الانسكاب على تقرير الإبلاغ عن الحادث.

4.3 في جميع الحالات إذا تم تحديد أنه لا يمكن معالجة التسرب بطريقة آمنه وصحيحة بواسطة موظف بالمركز من قبل الشخص المسئول، أوفي حالة عدم التمكن من تحديد طبيعة المادة سيقوم

4.3 In all instances, If it has been determined by the person in charge that a spill cannot be handled in a safe, competent manner by the center's staff, or if the nature of the substance cannot be determined, the user department call the operator to activate the code orange in order to obtain the assistant , indicate the following :

- Code orange.
- The type of the spill (if known).
- The location of the spill.
- The name of the person of charge in the department.

4.4 Upon hearing code orange, The following procedures are recommended :

4.4.1 If you are in the area specified by the code orange :

4.4.1.1 Follow departmental procedures.

4.4.1.2 Secure the area and expand the safety zone, as necessary, to be prevent unauthorized exposure from the hazardous area.

4.4.1.3 Alert people in immediate area of the spill to keep away. Not touching material or walking into it.

4.4.1.4 Assist emergency responders, as directed.

4.4.1.5 Prepare to evacuate the area and notifying all others at risks.

4.4.1.6 When the incident has been the code orange safety officer will announce resolved “CODE ORANGE ALL CLEAR”, and all department will then resume to normal operations.

4.5 If you believe you have been exposed :

4.5.1 Do not clean the material spilled

4.5.2 Cover the spill as mentioned above.

4.5.3 Leave the room and close the door preventing others from entering the area.

4.5.4 Hand washing as instructed by the infection control policy and procedures.

4.5.5 Notify your supervisor.

4.5.6 Contact the code orange team (dial the operator).

4.5.7 Report immediately to the staff health clinic.

القسم المستخدم بالاتصال بالسنترال لتنشيط النداء البرتقالي من أجل الحصول على المساعدة، ويتم ذكر التالي:

- الإشارة: النداء البرتقالي.
- نوع التسرب أو الانسكاب.
- مكان الانسكاب.
- اسم الشخص المسئول في هذا القسم.

4.4 عند سماع النداء البرتقالي يجب إتباع الإجراءات التالية:

4.4.1 إذا كنت في المنطقة المحددة بواسطة النداء البرتقالي:

4.4.1.1 اتبع الإجراءات الإدارية.

4.4.1.2 قم بتأمين المنطقة وتوسيع النطاق الأمني عند الضرورة للوقاية من التعرض للحالات الخطرة.

4.4.1.3 تحذير الأشخاص بالابتعاد في الحال من منطقة انسكاب السوائل وعدم لمس المواد أو المشي في المنطقة.

4.4.1.4 مساعدة أعضاء الاستجابة للطوارئ حسب التوجيهات.

4.4.1.5 التجهيز لإخلاء المنطقة وإبلاغ الآخرين بالخطر.

4.4.1.6 عندما يتم حل المشكلة، يتم إعلان زوال الخطر وانتهاء حالة الطوارئ للنداء البرتقالي بواسطة ضابط السلامة، ومن ثم إعادة العمل بالأقسام إلى حالة التشغيل العادية.

4.5 إذا اعتقدت أنك تعرضت للخطر:

4.5.1 لا تقم بتنظيف المادة المنسكبة.

4.5.2 قم بتغطية المادة المنسكبة كما تم ذكره أعلاه.

4.5.3 قم بمغادرة الغرفة وقفل الباب، ومنع الآخرين من دخول المنطقة.

4.5.4 قم بغسيل الأيدي حسب تعليمات سياسات مكافحة العدوى.

4.5.5 قم بإبلاغ المشرف.

4.5.6 الاتصال على فريق النداء البرتقالي (رقم السنترال).

4.5.7 توجه إلى عيادة الموظفين بالمركز فوراً.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Code Orange (Spill Management) النداء البرتقالي (التعامل مع الانسكابات)	Page 4 of 4
Department: FMS	Policy Number: FMS-APP-038EA(2)	Replaces No.: FMS-APP-038EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5- **RESPONSIBILITIES** :

5.1 Code Orange Safety Officer :

5.1.1 Ensure that all staff has proper spill clean- up and use the personal protective equipment.

5.1.2 Respond to the code orange to help for cleanup the spill, and announce (ALL CLEAR) when the incident has been resolved.

5.1.3 Ensure that all staff who may use or otherwise meet hazardous materials must be trained annually on safe handling procedures for hazardous materials.

5. **المسئوليات:**

5.1 مسؤول السلامة المكلف بالنداء البرتقالي:

5.1.1 التأكد من قيام العاملين بتنظيف الانسكاب بطريقة صحيحة واستخدام معدات الوقاية الشخصية.

5.1.2 الاستجابة إلى إعلان النداء البرتقالي للمساعدة في التنظيف، وإعلان زوال الخطر عند انتهاء المشكلة.

5.1.3 ضمان تدريب جميع العاملين الذين يستخدمون الأدوات الخطرة أو على اتصال بها سنوياً على إجراءات السلامة للتعامل مع المواد الخطرة .

6- **FORMS**:NA

6- **النماذج** :لا يوجد

7. **REFERRANCES(المراجع)**:

7.1 CBAHI standards.

7.2 معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية .

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: FMS	Title: Safety Officer مسئول السلامة	Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: FMS-JD-001EA(2)

1.**Section or Unit**: Safety.

2. **Position Title**: Safety officer

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Administrative Affairs Assistant.

3.2 Responsible for: None

4.**Job Summary**:

4.1 Supervises all aspects of safety and loss control.
4.2 Coordinates the development, implementation and monitoring of the center's Safety Management Program.
4.3 Awareness and training of the all staff about safety.

5. **Job Responsibilities**:

5.1 Assists in providing high quality advice based on: safety/loss prevention, occupational health and fire prevention/protection reference, standards, codes and safe working practices.
5.2 Coordinates the development, implementation and monitoring of the center's Safety Management Program, and responsible for periodic review of policies and procedures.
5.3 Conducts, prepares, coordinates, and participates in Safety Committee meetings and ensures minutes are distributed to key personnel with their action clearly designated.
5.4 Conducts periodic surveys and inspections to all healthcare and support facilities to identify potentially dangerous situations, to ensure a safe environment and compliance with safety standards.
5.5 Inspects and evaluates the operational readiness of the fire detection and suppression systems, including maintenance records, and informs the supervisor for any fire risks/hazard and any deficiencies in respect of fire equipment.

1- الوحدة: السلامة.

2- مسمى الوظيفة: مسئول السلامة

3- العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: المساعد للشؤون الإدارية.

3.2 مسئول عن: لا يوجد.

4- ملخص الوظيفة:

4.1. الإشراف على جميع الأمور والأنظمة المتعلقة بالسلامة بالمركز.
4.2. يقوم تطوير وتطبيق ومراقبة برنامج السلامة بالمركز.
4.3. نشر الوعي وتدريب جميع الموظفين على السلامة.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1 يساعد في نشر ثقافة عالية الجودة تعتمد على: الوقاية والسلامة من المخاطر والصحة المهنية ومعايير ورموز الوقاية من الحريق وممارسات العمل الآمنة.
5.2 يقوم بتطوير وتطبيق ومراقبة برنامج السلامة بالمركز، ومسؤول عن المراجعة الدورية للسياسات والإجراءات.
5.3 يقوم بالتحضير والتنسيق والمشاركة في اجتماعات لجنة السلامة، والتأكد من توزيع محاضر الاجتماعات على الأشخاص المعنيين مع توضيح مهامهم.
5.4 يقوم بعمل استقصاء وتفتيش دوري على جميع مرافق المركز للتعرف على مواضع المخاطر المحتملة، وذلك لضمان توفر بيئة آمنة وللامتثال لمعايير السلامة.
5.5 يقوم بفحص وتقييم جاهزية أنظمة الكشف على الحريق ومكافحة الحريق، شاملاً سجلات الصيانة، وإبلاغ الرئيس المباشر عن أي مخاطر للحريق أو أعطال بمعدات الحريق.
5.6 الاستجابة إلى جميع مكالمات الحرائق وحالات الطوارئ الأخرى (مثل الانسكاب الكيميائي)، ويساعد الطاقم الطبي عند الحاجة.
5.7 يقوم بمراجعة جميع التقارير الداخلية الخاصة بالأعطال والمخاطر وسوء الاستخدام وغيرها من القصور المتعلقة بإدارة

5.6 Responds to all fire calls and other emergencies (such as chemical spills), and assist medical personnel as needed.

5.7 Reviews internal reports of failures, hazards, use errors and other deficiencies related to safety management (physical and chemical hazards), life safety management, equipment management and utilities management.

5.8 Liaises with other departments to determine hazards related to things: such as unsafe acts and conditions, toxic and electrical hazards. Coordinates with other department e.g. infection control, laboratory, pharmacy, radiology …etc., to ensure proper disposal of waste and elimination of hazards.

5.9 Ensure implementation of all planned periodic preventive maintenance (PPM).

5.10 Monitors regulatory labeling for various types of hazardous materials.

5.11 Assists in investigations of accidents and incidents involving fire and safety, and participates in risk assessment duties.

5.12 Submit periodic statistical and achievement reports to the safety committee.

5.13 Determines training needs of all center employees, develops training plans and conducts training, and maintains training records for all safety training programs.

5.14 Assist with orientation of new employees, and assist with training of employees regarding fire and safety.

5.15 Schedules, conducts, evaluate and participate in fire drills and center disaster plans.

5.16 Performs all other related duties as assigned.

6. Required Qualifications:

6.1 Civil, electrical, mechanical, chemical and industrial Associate Engineering degrees can be considered.

7. Professional Experience:

7.1 Three years of experience in the field of safety, preferably in hospitals.

السلامة (المخاطر المادية والكيميائية)، والسلامة من الحريق، وإدارة المعدات، وإدارة المرافق.

5.8 التنسيق مع الأقسام الأخرى لتحديد المخاطر المتصلة بأمور مثل: الأفعال الغير آمنة، والمخاطر الكهربائية والسامة، كما يقوم بالتنسيق مع الأقسام الأخرى مثل مكافحة العدوى، المختبر، الصيدلية، الأشعة..... الخ وذلك لضمان التخلص السليم من النفايات والتخلص من المخاطر.

5.9 متابعة تنفيذ خطة الصيانة الدورية الوقائية في المركز.

5.10 مراقبة وضع علامات على الأنواع المختلفة من المواد الخطرة.

5.11 يساعد في تحقيقات الحوادث والأحداث التي تخص الحرائق والسلامة، ويشارك في مهام تقييم المخاطر.

5.12 يقوم بإرسال التقارير الدورية الإحصائية وتقارير الإنجازات إلى لجنة السلامة.

5.13 يقوم بتحديد الاحتياجات التدريبية لجميع موظفي المركز، وعمل خطط التدريب وتنفيذها، والاحتفاظ بسجلات التدريب على برامج السلامة.

5.14 يساعد في برنامج التعريف للموظفين الجدد، كما يساعد في تدريب الموظفين عن الحريق والسلامة.

5.15 يقوم بعمل الجداول وتنفيذ والمشاركة في التدريبات على تجارب الحريق الوهمية وخطط الكوارث بالمركز وتقييمها.

5.16 تنفيذ جميع المهام الأخرى الموكلة إليه من قبل رئيسه المباشر.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1 درجة البكالوريوس في الهندسة: المدنية - الكهربائية - الميكانيكية - الكيميائية - الصناعية.

7- الخبرات المطلوبة:

7.1ثلاثة سنوات خبرة في مجال السلامة, ويفضل بالمستشفيات.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

<u>Receipt and Acknowledgment</u>:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

<u>استلام وإقرار:</u>

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature:	Supervisor Name & Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Department: FMS	**Title: Security Guard**حارس الأمن	
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: FMS-JD-002EA (2)**

1.Section or Unit: Security.

2. Position Title: **Security** Guard.

3. Organizational Relationship:

3.1 Reports to: Administrative Affairs Assistant.
3.2 Responsible for: None

4.Job Summary:

4.1 Implementation of the security regulations to maintain the security in the center.

5. Job Responsibilities:

5.1 Maintain the security and safety of the center and confirm the identity of entrants to the center if needed
5.2 Visitors reception and welcome them and help them to reach the nearest officer can serve.
5.3 Edit data necessary for visitor records with identifying reason for the visit and the time of entry and exit from the center.
5.4 Assist customers, especially the elderly or people with disabilities and to facilitate the means of comfort to them.
5.5 Ensure that there is exit permission for any property of the Center.
5.6 Answer any security alarms and handle it, and call police if necessary.
5.7 Not allowing cars to stand in front of the gate of the Center.
5.8 Make sure to close all doors and windows and turn off the lights, air conditioners, water taps and the lack of people After Hours.
5.9 Performs all other related duties as assigned.

6. Required Qualifications:

6.1. At least one year certified training in relevant field (post-intermediate school certificate)
6.2. At least one year citified training in relevant field (post-secondary school certificate)
6.3. Secondary school certificate or vocational training school certificate with adequate experience in the field of security and safety

7. Minimum Required Skills:

1- الوحدة: الأمن.

2- مسمى الوظيفية: حارس الأمن

3- العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: المساعد للشؤون الإدارية.

3.2 مسئول عن: لا يوجد.

4- ملخص الوظيفة:

4.1. تنفيذ التعليمات الأمنية للحفاظ على الأمن بالمركز.

5- مسئوليات الوظيفة:

5.1 المحافظة على أمن وسلامة المركز والتأكد من هوية الداخلين إلى المركز عند الحاجة.
5.2 استقبال الزوار والترحيب بهم ومساعدتهم في الوصول لأقرب موظف يمكنه خدمتهم .
5.3 تحرير السجلات اللازمة لبيانات الزائر مع تدوين سبب الزيارة ووقت دخوله وخروجه من المركز.
5.4 مساعدة المراجعين وخاصة كبار السن او المعوقين وتيسير سبل الراحة لهم.
5.5 التأكد من وجود إذن بخروج أي من ممتلكات المركز.
5.6 الاستجابة إلى أي بلاغات الأمنية والتعامل معها، واستدعاء الشرطة إذا لزم الأمر.
5.7 عدم السماح للسيارات بالوقوف أمام بوابة المركز.
5.8 التأكد من إغلاق جميع الأبواب والنوافذ وإطفاء الأنوار والمكيفات وصنابير المياه وعدم وجود أشخاص بعد انتهاء الدوام.
5.9 تنفيذ جميع المهام الأخرى الموكلة إليه من قبل رئيسه المباشر.

6- المؤهلات المطلوبة:

1.6 برنامج إعدادي (لا تقل مدته عن سنة بعد الكفاءة المتوسطة)

2.6 برنامج إعدادي (لا تقل مدته عن سنة بعد الثانوية العامة)

3.6 الثانوية العامة أو الصناعية مع خبرة معتبرة في نفس المجال

7.1. Knowledge about security and safety systems and instructions related to health facilities
7.2. Knowledge about safety guidelines in health facilities including emergency exits
7.3. Ability to use and operate safety equipment
7.4. Ability to inspect, identify, and deal property with different emergencies related to security and safety with the health facility.

8. **References:**

Job description and classification (Ministry of Civil Services)

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

1.7 المعرفة بالأنظمة والتعليمات المتعلقة بالأمن والسلامة

2.7 معرفة مخارج الطوارئ في المركز والعيادات وأماكن تجمع المرضى

3.7 القدرة على استخدام أجهزة السلامة

4.7 القدرة على الفحص والتميز والتعامل مع المواقف المختلفة

8- المراجع:

1.8 دليل تصنيف الوظائف (وزارة الخدمة المدنية)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date::التاريخ**	**Supervisor Name & Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date: التاريخ:**

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Storage& Handling of compressed gas cylinders** **تخزين واستخدام اسطوانات الغاز المضغوط**	**Page 1 of 3**
Department: FMS	**EA8Policy Number: FMS-APP-06(2)**	**EA8Replaces No.: FMS-APP-06(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. **PURPOSE**:

1.1. To ensure the safe handling, storage and use of compressed gas cylinders.

2. **DEFINITIONS**:

2.1. Compressed Gas Cylinders : Any portable pressure vessel of 45.4 kg (100 lb.) water capacity or less designed to contain a gas or liquid that is authorized for use at gauge pressures over 276 kPa (40 psia) at 21°C (70° F).

3. **POLICY**:

3.1 Patients, staff and physical assets must be protected by outlining a safe process for the storage, handling and use of compressed gas cylinders.

3.2 All compressed gas cylinders, either in use or in storage (empty or full), must be tightly secured by a chain or strap to the wall or in the cylinder trucks, to secure it against fall.

3.2.1 All cylinders must be equipped with an appropriate regulating device when in use.

3.2.2 Partially full compressed gas cylinders containing residual gases must be considered as full and are subject to the same controls and storage conditions.

3.3 The following instructions must be followed:

3.3.1 Medical gas cylinders must be received and handled only by trained technicians.

3.3.2 Storage rooms must be maintained dry, cool and well ventilated.

3.3.3 Cylinders are not to be stored in an area where temperature exceeds 125 F (51.6°c).

3.3.4 The storage area must be secured to prevent tampering.

3.3.5 Cylinders containing compressed gases must be stored away from radiators, steam pipes and all other sources of heat.

3.3.6 Combustible materials, such as paper, plastics

1. **الغرض:**

1.1. لضمان نقل وتخزين واستخدام اسطوانات الغاز المضغوط بصورة آمنة.

2. **التعريفات:**

2.1. اسطوانة الغاز المضغوطة : عبارة عن حمولة مضغوطة 45.4 كيلوغرام (100 رطل) سعة الماء أو أقل ومصممة لتحتوي على الغاز أو السائل المصرح به للاستخدام و تحت ضغط 276 كيلو باسكال (40رطل)على21 درجة مئوية (70 درجة فهرنهايت) .

3. **السياسة:**

3.1 يجب حماية المرضى والموظفين والممتلكات بتحديد طريقة آمنة لتخزين ونقل واستخدام اسطوانات الغاز المضغوط.

3.2 يجب تثبيت جميع اسطوانات الغاز المضغوط سواءً المستخدمة او المخزنة (فارغة أو ممتلئة) في الحائط أو في عربة النقل بربطها بسلسلة أو رباط، وذلك لتأمينها ضد السقوط.

3.2.1 يجب أن تزود جميع الاسطوانات بجهاز منظم مناسب عند استخدامها.

3.2.2 يجب أن يتم معاملة اسطوانات الغاز المضغوط الممتلئة جزئياً مثل الاسطوانات الممتلئة كلياً، وتخضع لنفس أحكام التخزين والاستخدام.

3.3 يجب إتباع الإرشادات التالية:

3.3.1 لا يسمح باستلام اسطوانات الغاز الطبية أو التعامل معها إلا من قبل فنيين مدربين.

3.3.2 يجب أن تكون غرفة التخزين جافة وباردة وجيدة التهوية.

3.3.3 يجب عدم تخزين اسطوانات الغاز المضغوط في درجة حرارة أعلى من 121 درجة فهرنهيت (51.6 درجة مئوية).

3.3.4 يجب أن تكون غرفة التخزين مؤمنة لمنع العبث.

3.3.5 يجب تخزين اسطوانات الغاز المضغوط بعيدا عن الأجهزة المشعة، وأنابيب البخار، وجميع مصادر الحرارة الأخرى.

3.3.6 لا يسمح بتخزين المواد القابلة للاحتراق مثل: الورق، البلاستيك، الكرتون والأقمشة مع اسطوانات الأكسجين أو

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Storage& Handling of compressed gas cylinders** **تخزين واستخدام اسطوانات الغاز المضغوط**	**Page 2 of 3**
Department: FMS	**EA8Policy Number: FMS-APP-06(2)**	**EA8Replaces No.: FMS-APP-06(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

cardboard, and fabrics must not be stored or kept near cylinders containing Oxygen.

3.3.7 Cylinders must not be stored in the same vicinity as materials such as oil and greases.

3.3.8 Large cylinders must be stored upright and secured.

3.3.9 Cylinders must not be chained to portable or movable apparatus such as beds.

3.3.10 Wrappers must remain intact until usage is required to prevent contamination from dirt, dust, sand, etc.

3.3.11 Empty cylinders will be segregated from full cylinders, Empty cylinders shall be labeled "EMPTY" to avoid confusion and delay.

3.3.12 Position the cylinder so that the label is clearly visible.

3.3.13 Check the label and color code of the compressed gas cylinder before use to ensure it is appropriate for the intended use.

3.3.14 Cylinders must not be lifted by the cap.

3.3.15 Control valves on equipment must be closed both before connection and when not in use.

3.3.16 Valves must be kept closed on empty cylinders at all times.

3.3.17 The cylinder exteriors must be free from corrosion and significant scoring or indentation damage.

3.3.18 Transportation of cylinders must be performed only by using cylinder trucks.

3.3.19 If cylinders are required to be stored in the open, they should be protected from the elements in order to avert over-heating or corrosion.

3.3.20 All compressed gas cylinders must be returnable to the manufacturer for refill or proper disposal.

3.3.21 Label door of storage location containing compressed gases with a sign for

CAUTION: NO Smoking or Op

بالقرب منها.

3.3.7 لا يسمح بتخزين اسطوانات الغاز المضغوط في نفس المكان مع مواد مثل الزيوت والشحوم.

3.3.8 يجب تخزين الاسطوانات الكبيرة بشكل عمودي وآمن.

3.3.9 يجب عدم ربط الاسطوانات إلى أجهزة محمولة أو متحركة مثل الأسرة.

3.3.10 لا يجب نزع غطاء الأسطوانة إلا عند الاستخدام لمنع التلوث من الأتربة، والغبار، والرمال... الخ.

3.3.11 يجب فصل الاسطوانات الفارغة عن الاسطوانات الممتلئة ووضع علامة (فارغة) على الاسطوانات الفارغة لتجنب الارتباك والتأخر.

3.3.12 يجب وضع الاسطوانات بطريقة تسمح برؤية العلامة عليها.

3.3.13 يجب فحص العلامة ولون الكود على الأسطوانة قبل استخدامها للتأكد من ملازمتها قبل الاستخدام.

3.3.14 يجب عدم رفع الاسطوانة من الغطاء.

3.3.15 يجب غلق صمام الاسطوانة قبل التوصيل، وعند عدم استخدامها.

3.3.16 يجب غلق صمام الاسطوانات الفارغة دائماً.

3.3.17 يجب أن يكون الجزء الخارجي من الاسطوانة خالي من التآكل أو من الضرر الكبير.

3.3.18 يجب استخدام عربة متحركة عند نقل الاسطوانات.

3.3.19 يجب حماية الاسطوانات من العناصر التي تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة أو التآكل إذا كانت مخزنة في الهواء الطلق.

3.3.20 يجب إعادة جميع اسطوانات الغاز المضغوط إلى الشركة لإعادة ملئها أو تغييرها.

3.3.21 يجب وضع علامة تحذيرية على باب غرفة تخزين الغاز المضغوط, تحذير : ممنوع التدخين أو إشعال لهب.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Storage& Handling of compressed gas cylinders تخزين واستخدام اسطوانات الغاز المضغوط	Page 3 of 3
Department: FMS	EA8Policy Number: FMS-APP-06(2)	EA8Replaces No.: FMS-APP-06(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4- **PROCEDURES**: N/A

4. **الإجراءات**: لا ينطبق

5- **RESPONSIBILITIES**:

5.1 **The Safety Committee: is** responsible to monitor the proper use, storage and transport of compressed gas cylinders during rounds.

5.2 **All staff: responsible** for storage, transportation and handling compressed gas cylinders in accordance with this policy.

5. **المسئوليات**:

5.1. **لجنة السلامة:** مسؤولة عن مراقبة الاستخدام والتخزين والنقل الصحيح أثناء عمل الجولات.

5.2. **جميع موظفي المركز :** الالتزام بتخزين ونقل واستخدام اسطوانات الغاز المضغوط حسب هذه السياسة.

6- **FORMS** :NA

6. **النماذج**: لا توجد

7-**REFERRANCES (المراجع)**:

7.1 Health Technical Memorandum 22 Health Equipment Information No.163 Compressed Gas Association, National Fire Protection Agency (NFPA).

7.2 King Saud Medical Complex (KSMC), Riyadh– APP.

7.1**مذكرة الصحة الفنية 22-معلومات التجهيزات الصحية** No.163 **نقابة الغاز المضغوط ، الوكالة الوطنية لحماية الحرائق**.(NFPA)

7.2 مجمع الملك سعود الطبي (KSMC) ، **الرياض** - APP.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Scope of Services	مجال الخدمات
Department : **Facility Management & Safety**	**القسم / الخدمة : إدارة المرافق والسلامة**
Code Number: FMS-SOS-014EA (1)	**الرقم الكودي:**
1. Unit Description	**1. وصف الوحدة**
1.1. Working Days and Working hours:	**1.1 أيام وأوقات العمل**
1.1.1 The Facility Management & Safety services are provided within the working hours (from 8:00 AM to 4:00 PM) during the working days..	**1.1.1** يتم تقديم خدمات إدارة المرافق والسلامة في المركز خلال ساعات العمل (من 8:00 صباحاً حتى 4:00 مساءاً) خلال أيام العمل.
1.2. Staffing Plan & Availability of staff	1.2 **خطة التوظيف وتوزيع العاملين**
1.2.1 The Safety Management Program is managed by the Safety Committee and the Safety Officer. 1.2.2 The Safety Committee meets every 3 months with ad-hoc meetings scheduled as needed and appropriate. 1.2.3 The Safety Officer and Safety Committee are responsible for developing, implementing, monitoring and managing the Safety Management Program.	**1.2.1** يتم تنفيذ خدمات برنامج إدارة المرافق والسلامة بواسطة لجنة السلامة وضابط السلامة. **1.2.2** تعقد لجنة السلامة اجتماعاتها كل ثلاثة شهور، بالإضافة على اجتماعات إضافية تعقد عند الحاجة. **1.2.3** مسؤول ولجنة السلامة مسئولان عن تطوير وتطبيق ومراقبة ولإدارة برنامج إدارة السلامة.
2. Patient Population	**2. الفئة المستهدفة**
2.1 The Department serves all patients, personnel and visitors of the health center .	**2.1** يقدم القسم خدماته لجميع المرضى والزوار والموظفين بالمركز.
3. Modalities used	**3. الاجراءات المستخدمة**
3.1. List the Services provided	**3.1 قائمة الخدمات المقدمة**
3.1.1. The scope of services of FMS: is to provide to the patients, personnel and visitors a physical environment free of hazards and to manage activities proactively through risk assessment to reduce the risk of injuries. **3.1.2. The objective of the Safety Management Program**: is to control known and potential safety hazards to the patients, personnel and visitors. **3.1.3.** The Safety Management Program places an emphasis the following: **1.** Provision of education to all personnel on the elements of the Safety Management Program; **2.** In servicing all personnel on the use and how to complete incident reports; **3.** Ensuring safe work practices and	**3.1.1. مجال خدمات إدارة المرافق والسلامة:** هو توفير بيئة آمنة للمرضى والموظفين والزوار، خالية من الأخطار، والتعامل مسبقاً مع الأنشطة من خلال تقيم المخاطر لتقليل خطورة الإصابات. **3.1.2. أهداف برنامج إدارة السلامة:** هو السيطرة على المخاطر المعروفة والمحتملة على المرضى والموظفين والزوار. **3.1.3.** يعتمد برنامج إدارة السلامة على التالي: **1.** توفير التعليم لجميع الموظفين على عناصر برنامج السلامة. **2.** تدريب جميع الموظفين على استخدام وإكمال تقارير الأحداث. **3.** التأكد من الممارسات والأحوال الآمنة. **4.** تقليل مخاطر الأحداث المتعلقة بالسلامة بالتقييم المسبق وإجراء التغييرات الضرورية من خلال لجنة السلامة والإدارة ورؤساء الأقسام. **3.1.4. تقييم المخاطر:** **1.** برنامج تقييم المخاطر من مكونات برنامج السلامة، وتم تصميمه للتقييم المسبق على رعاية المرضى فيما يتعلق

conditions; **4.** Reducing the risk of safety related incidents by proactively evaluating systems in place and making necessary changes through the Safety Committee, Administration and departmental participation. **3.1.4. Risk Assessment:** **1.** The Risk Assessment Program is a component of the Safety Program, and is designed to proactively evaluate the impact on patient care as it relates to the safety of the buildings, internal physical systems and the safe practices of the center employees. **2.** The ongoing monitoring of performance regarding actual or potential risks in the environment of care is identified and communicated to the center's leaders at least annually for consideration and possible inclusion in the center's priority for improvements. **3.** The Risk Assessment Program is carried out by using the Incident/Accident Reports, Hazard Surveillance, Hazard Surveillance Inspections, Risk Assessment, Equipment and Utility Incident Reports and Security Incident Reports. **4.** The Safety Committee will establish an incident reporting system: All incident reports will be reviewed and studied by the Safety Officer to determine the cause. The Safety Officer will make recommendations to the Safety Committee to prevent the reoccurrence of incidents. **3.1.5. Hazard Surveillance:** **1.** Ongoing hazard is an integral component of the Safety Management Program. All hazard surveillance reports shall be maintained and reported through the Safety Committee. **2.** All surveys will be evaluated to determine if trends or patterns are present. A report will be submitted to the Safety Committee identifying deficiencies, recommendations, actions taken and resolutions of the deficiencies following each survey.	بسلامة المبنى، البيئة المادية الداخلية والممارسات الآمنة لموظفي المركز. **2.** يتم مراقبة الأداء المستمر وتحديد المخاطر الفعلية أو المحتملة، وإبلاغها للإدارة على الأقل سنوياً لإدراجها في أولويات التحسين في المركز. **3.** يتم تنفيذ برنامج تقييم المخاطر باستخدام: تقارير الأحداث، مراقبة المخاطر، التفتيش، تقييم المخاطر، تقارير الأحداث للمعدات والمرافق وتقارير أحداث الأمن. **4.** تقوم لجنة السلامة بتنفيذ نظام لتقارير الأحداث: حيث تتم مراجعة جميع تقارير الأحداث ودراستها من قبل ضابط السلامة لتحديد السبب وعمل التوصيات لرفعها إلى لجنة السلامة لتجنب تكرار حدوثها. **3.1.5. مراقبة المخاطر:** **1.** يعتبر مراقبة المخاطر المستمر مكون رئيسي من مكونات برنامج السلامة، جميع تقارير مراقبة المخاطر يتم إرسالها إلى لجنة السلامة. **2.** يتم تقييم جميع أنشطة التفتيش لتحديد ما إذا كان هناك أي اتجاهات أو أنماط موجودة. وعمل تقرير إلى لجنة السلامة يحدد القصور والتوصيات والإجراءات التي تم عملها وحلول هذه القصور عقب كل تفتيش.



INFECTION CONTROL SERVICES

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبد الكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Hand Hygiene نظافة الأيدي	Page 1 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-051EA (2)	Replaces No.: IC-APP-051EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To improve hand hygiene practices and reduce transmission of pathogenic microorganisms to patients and HCWs.

1.2 To outline the indications and technique for proper hand hygiene.

1.3 1.3 Achieving the Fifth International Patient Safety Goal

2- DEFINITIONS

2.1 **Transient Flora:** Organisms loosely attached to the superficial layers of the skin. These are acquired by HCWs during direct contact with patients or contact with contaminated environmental surfaces and can readily be transmitted on hands unless removed by mechanical means such as hand washing.

2.2 **Resident Flora:** Organisms colonizing the superficial or deep layers of the skin. These are considered as normal inhabitants and can be introduced into body tissues by trauma or in the presence of foreign bodies. It cannot be readily removed by mechanical friction. Examples are coagulase-negative staphylococci, micrococci and diphtheroids.

2.3 **Hand hygiene:** Performing hand washing, antiseptic hand wash, alcohol-based hand rub and surgical hand scrubbing/ rubbing.

2.3.1 **Hand washing:** Washing hands with plain soap and water.

2.3.2 **Antiseptic Hand Wash:** Washing hands with water and antimicrobial soap or other detergents containing an antiseptic agent.

2.3.3 **Antiseptic Hand rubbing (or Hand rubbing):** Applying an antiseptic hand rub to reduce or inhibit the growth of microorganisms without the need for an exogenous source of water and requiring no rinsing or drying with towels or other devices.

2.3.4 **Surgical Hand Scrubbing :** Washing hands using antimicrobial soap pre-operative.

2.4 **Alcohol-based hand rub (ABHR):** An alcohol-containing preparation (liquid, gel or foam) designed for application to

1- الغرض:

1.1 لتحسين ممارسات نظافة الأيدي وتقليل انتقال الكائنات الحية الدقيقة المسببة للمرض للمريض أو العاملين بالرعاية الصحية.

1.2 لتحديد مؤشرات وتقنية نظافة اليدين السلية.

1.3 تحقيق الهدف الدولي الخامس لسلامة المرضى

2- التعريفات:

2.1 **الفلورا العابرة**: الكائنات الحية المتعلقة بالطبقات السطحية من الجلد. تنتقل للعاملين بالرعاية الصحية عند الاتصال المباشر مع المرضى أو لمس الأسطح البيئية الملوثة، ويمكن أن تنتقل بسهولة على يديه ما لم يتم ازالتها بوسائل ميكانيكية مثل غسل اليدين.

2.2 **الفلورا المقيمة:** الكائنات الحية المستعمرة لطبقات الجلد السطحية أو العميقة. تعتبر هذه الكائنات سكان طبيعيين ويمكن إدخالها في أنسجة الجسم بواسطة الجروح أو في وجود أجسام غريبة. لا يمكن إزالتها بسهولة عن طريق الاحتكاك الميكانيكي. الأمثلة تشمل coagulase-negative staphylococci, micrococci and diphtheroids.

2.3 **نظافة اليدين:** إجراء غسل اليدين، أو غسل اليد بمطهر أو فرك اليد بمطهر، حك اليدين بالكحول وتعقيم اليدين ما قبل العمليات الجراحية.

2.3.1 **غسل اليدين:** غسل اليدين بالصابون العادي والماء.

2.3.2 **غسل اليد بمطهر**: غسل اليدين بالماء والصابون أو المنظفات الأخرى التي تحتوي على عامل مطهر مضاد للجراثيم.

2.3.3 **فرك اليد بمطهر (أو فرك اليدين):** استخدام فرك اليد بمطهر للحد من أو منع نمو الكائنات الدقيقة من دون الحاجة إلى وجود مصدر للمياه خارجي ولا يتطلب هذا الاجراء الشطف أو التجفيف بالمناشف أو غيرها.

2.3.4 **فرك اليد ما قبل العمليات الجراحية:** غسل اليدين باستخدام صابون مضاد للبكتريا قبل العمليات الجراحية.

2.4 **مطر اليد المحتوي على الكحول (ABHR):** مستحضرات تحتوي على الكحول (سائل، جل أو رغوة) مصممة لاستخدامها على يد لتثبيط الكائنات الدقيقة و / أو قمع نموها مؤقتا.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Hand Hygiene** **نظافة الأيدي**	**Page 2 of 4**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-051EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-051EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

the hands to inactivate microorganisms and/or temporarily suppress their growth.

3- POLICY:

3.1 Hand hygiene with soap and water is indicated when hands are visibly soiled with blood & body fluids. If hands are not visibly soiled, use of a waterless alcohol-based antiseptic agent is acceptable.

3.2 All healthcare workers shall follow the World Health Organization five Hand Hygiene indications (5 moments) adopted to determine when to practice hand hygiene at a given moment to prevent acquired infection which include the following:

3.2.1 Before touching Patient.

3.2.2 Before Clean / Aseptic Procedure

3.2.3 After Body Fluid Exposure risk

3.2.4 After touching patient

3.2.5 After touching patient surroundings

3- السياسات:

3.1 يتم غسل اليدين بالماء والصابون عندما تكون اليدين متسخة بوضوح، أو ملوثة بالدم او بسوائل الجسم. إذا لم تكن الأيدي واضحة متسخة، يمكن استخدام مطهر الأيدي المحتوي على الكحول.

3.2 يجب أن يتبع جميع العاملين في الرعاية الصحية الاحتياجات الخمسة لغسل اليدين التي وضعتها منظمة الصحة العالمية (5 دقائق) التي تم اعتمادها لتحديد متى يتم اجراء غسل اليدين في لحظة معينة للوقاية من العدوى المكتسبة، وتشمل هذه الاحتياجات ما يلي:

3.2.1 قبل لمس المريض.

3.2.2 قبل القيام بإجراء نظيف / غير ملوث.

3.2.3 بعد التعرض لسوائل الجسم.

3.2.4 بعد لمس المريض

3.2.5 بعد لمس المناطق المحيطة بالمريض.

4- PROCEDURES:

4.1 HCW's must routinely decontaminate their hands in the following clinical situations:

4.1.1 At the beginning of the work

4.1.2 Before direct contact with patients.

4.1.3 Before donning sterile gloves.

4.1.4 Before inserting indwelling urinary catheters, peripheral vascular catheters, or other invasive devices that do not require a surgical procedure.

4.1.5 After contact with a patient's intact skin (e.g., when taking a pulse or blood pressure, or when lifting a patient).

4.1.6 After contact with body fluids or excretions, mucous membranes, non-intact skin, and wound dressings.

4- الإجراءات:

4.1 يجب أن يطهر العاملين بالرعاية الصحية أيديهم بشكل روتيني في الحالات السريرية التالية:

4.1.1 في بداية العمل.

4.1.2 قبل الاتصال المباشر مع المرضى.

4.1.3 قبل ارتداء القفازات المعقمة.

4.1.4 قبل إدخال القسطرة البولية، تركيب الكانيولا، أو الأجهزة الأخرى التي لا تتطلب عملية جراحية.

4.1.5 بعد ملامسة جلد المريض السليم (على سبيل المثال، عند أخذ النبض أو ضغط الدم، أو عند رفع المريض).

4.1.6 بعد الاتصال مع سوائل الجسم أو الإفرازات أو الأغشية المخاطية أو الجلد غير السليم، أو ضمادات الجروح، عند الانتقال من موقع ملوث في الجسم لموقع نظيف في الجسم خلال رعاية المرضى.

4.1.7 If moving from a contaminated-body site to a clean-body site during patient care.

4.1.8 After contact with inanimate objects (including medical equipment) in the immediate vicinity of the patient.

4.1.9 After removing gloves.

4.1.10 When leaving a work area.

4.2 Skin Care: Use hand lotions or creams to minimize the occurrence of irritant contact dermatitis associated with hand antisepsis or hand washing.

4.3 Other Aspects of Hand Hygiene:

4.3.1 Do not wear artificial fingernails or extenders.

4.3.2 Keep natural nail tips less than 1/4-inch long.

4.3.3 Do not add soap to a partially empty soap dispenser. This practice of "topping off dispensers can lead to bacterial contamination of soap.

4.4 Hand Hygiene educational and motivational programs:

4.4.1 As part of an overall program to improve hand hygiene practices of HCW's, educate personnel regarding the types of patient care activities that can result in hand contamination and the advantages and disadvantages of various methods used to clean their hands.

4.4.2 Monitor HCW's adherence with recommended hand hygiene practices and provide personnel with information regarding their performance.

4.4.3 Encourage patients and their families to remind HCW's to decontaminate their hands.

4.5 Proper techniques for alcohol based hand rub please refer to Appendix A.

4.6 Proper technique for hand washing with soap and water please refer to Appendix B.

4.1.7 بعد لمس الأشياء (بما في ذلك المعدات الطبية) في المنطقة المجاورة مباشرة للمريض.

4.1.8 بعد إزالة القفازات.

4.1.9 عند ترك منطقة العمل.

4.2 العناية بالجلد: استخدم مستحضرات اليد أو الكريمات للحد من حدوث التهاب تماسي مهيج للجلد نتيجة استخدام مطهرات اليد أو غسل اليدين.

4.3 الجوانب الأخرى لنظافة اليدين:

4.3.1 لا تلبس الأظافر الاصطناعية أو التمديدات.

4.3.2 حافظ على طول الأظافر الطبيعية أقل من ربع إنش.

4.3.3 لا تضف الصابون لموزع الصابون الفارغ جزئيا. يمكن أن يؤدي هذا الإجراء إلى التلوث الجرثومي للصابون.

4.4 نظافة الأيدي

4.4.1 كجزء من برنامج شامل لتحسين ممارسات نظافة اليدين من قبل العاملين بالرعاية الصحية ، يتم تثقيف الموظفين بشأن أنواع أنشطة رعاية المريض التي يمكن أن تؤدي إلى تلوث اليدين، ومزايا وعيوب الأساليب المختلفة لتنظيف أيديهم.

4.4.2 يتم مراقبة مدى التزام العاملين بالرعاية الصحية بالممارسات الموصي بها لنظافة اليدين، وتوفير المعلومات للعاملين عن أدائهم.

4.4.3 يتم تشجيع المرضى وعائلاتهم إلى تذكير العاملين لتطهير أيديهم.

4.5 لمعرفة التقنية المناسبة لفرك اليد بالكحول يرجى الرجوع إلى الملحق أ.

4.6 الاسلوب المناسب لغسل اليدين مع الصابون والماء من فضلك راجع الملحق ب.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Hand Hygiene نظافة الأيدي	Page 4 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-051EA (2)	Replaces No.: IC-APP-051EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Infection control personnel:

5.1.1 To monitor and supervise the compliance to this policy in the CENTER& to give the required feedback through the IC committee.

5.1.2 To provide regular and targeted education and training to HCWs.

5.1.3 To improve awareness and change attitudes and work practices among the institution.

5.1.4 To have in place specific protocols and written guidelines that are based on updated scientific CBAHI and MOH standards.

5.1.5 To monitor the availability of hand washing agents & other related supplies at the point of care.

5- المسئوليات:

5.1 مسئول مكافحة العدوى:

5.1.1 المراقبة والإشراف على الامتثال لهذه السياسة في المركز وإعطاء رد الفعل المطلوب مرة أخرى من خلال لجنة مكافحة العدوى.

5.1.2 توفير التعليم المجدول والتعليم والتدريب الموجه إلى العاملين بالرعاية الصحية.

5.1.3 لتحسين الوعي وتغيير المواقف والممارسات بالمركز الصحي.

5.1.4 ضمان وجود البروتوكولات والمبادئ التوجيهية المكتوبة التي تستند إلى المعايير العلمية الحديثة للمجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية ومعايير وزارة الصحة.

5.1.5 مراقبة مدى توافر لوازم غسل اليدين واللوازم الأخرى ذات الصلة في مناطق الرعاية

6- FORMS:

6.1 **N/A**

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 National hand hygiene guidelines, Ministry of health, kingdom of Saudi Arabia, 2009.

7.2 WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: **All PHC Staff** **جميع العاملين بالمركز**	**Title:** **Personal Protective Equipment** **معدات الوقاية الشخصية**	**Page 1 of 6**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-050EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-050EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To improve PPE usage and protect both Healthcare Workers (HCW's) and patients from exposure to infectious agent and reduce the opportunities for transmission of microorganisms in healthcare facilities.

1.2 To outline the indications and technique for proper PPE usage.

1- الغرض:

1.1 لتحسين استخدام وسائل الحماية الشخصية وحماية كل من العاملين في الرعاية الصحية والمرضى من التعرض للجراثيم ويقلل من فرص انتقال الكائنات الحية الدقيقة في مرافق الرعاية الصحية.

1.2 تحديد مؤشرات والتقنية لاستخدام معدات الوقاية الشخصية المناسبة

2- DEFINITIONS:

2.1 ***Personnel Protective Equipment (PPE)*** is a specialized clothing or equipment worn by an employee for protection against infectious materials. The protective equipment includes gloves, gowns, apron, facial protection and mask.

2.2 ***Barrier precaution*** – is another term for PPE. This refers to a variety of barriers and respirators used alone or in combination to protect mucous membranes, airways, skin or clothing from contact with infectious agents.

2- التعريفات:

2 معدات الوقاية الشخصية (PPE): هي الملابس أو المعدات المتخصصة التي يرتديها الموظف للحماية من المواد المعدية. وتشمل وسائل الوقاية القفازات وأغطية الجسم والمريلة ووسائل حماية الوجه والقناع.

2 احتياطات الحاجز: هو تعبير آخر عن معدات الوقاية الشخصية. و يشير هذا التعبير إلى مجموعة متنوعة من الحواجز و أجهزة التنفس تستخدم وحدها أو مجتمعة لحماية الأغشية المخاطية والمجاري التنفسية والجلد أو الملابس من الاتصال مع العوامل المعدية.

3- POLICY:

3.1 Personal Protective Equipment must always be available in all departments (Or in specific places in the health center known to all) to protect healthcare personnel from exposure to infectious agents during healthcare activities.

3.2 Healthcare workers shall decide which Personal Protective Equipment is most appropriate for the task / situation, depending on what Healthcare workers might be exposed to, e.g. blood/other body fluids

3- السياسات:

3.1 يجب أن تكون معدات الوقاية الشخصية متاحة دائما في جميع الأقسام (أو في أماكن محددة بالمركز الصحي معلومة للجميع) لحماية العاملين في الرعاية الصحية من التعرض للعوامل المسببة للعدوى خلال أنشطة الرعاية الصحية.

3.2 يجب ان يقرر العاملون في الرعاية الصحية أي معدات الوقاية الشخصية هي الأنسب للقيام بالمهمة / الاجراء اعتماداً على ما يمكن أن يتعرض له ، على سبيل المثال الدم / سوائل الجسم أخرى.

4- PROCEDURES:

4.1 Use of Gloves:

4.1.1 Use gloves when anticipating direct contact with blood or body fluids, mucous membranes, non-intact skin and other potentially infectious material.

4.1.2 During direct contact with patients who are colonized or infected with pathogens transmitted by the contact route e.g., VRE, MRSA, RSV.

4- الإجراءات:

4.1 استعمال القفازات:

4.1.1 استخدم القفازات عندما تتوقع اتصال مباشر بين الدم أو سوائل الجسم والأغشية المخاطية والجلد السليم وغير ذلك من المواد التي قد تكون معدية.

4.1.2 استخدم القفازات خلال الاتصال المباشر مع المرضى الحاملين للعدوى أو المصابين بمسببات الأمراض التي تنتقل

4.1.3 Use sterile gloves for procedures involving contact with normally sterile areas of the body. (e.g., any surgical procedure, vaginal delivery, invasive radiological procedures, performing vascular access).

4.1.4 Use examination gloves for procedures that involve direct skin or mucous membrane contact with blood or body fluid, and in clinical situations like the following:

4.1.4.1 Procedures involving contact with mucous membrane, non-intact skin, and potential presence of highly infectious and dangerous organism.

4.1.4.2 IV insertion and removal.

4.1.4.3 Drawing blood

4.1.4.4 Pelvic and vaginal examination

4.1.4.5 Handling and cleaning instrument, handling waste, cleaning blood spills.

4.1.5 Maintenance, housekeeping, laundry or non-medical personnel shall wear general-purpose utility (rubber heavy-duty) gloves.

4.1.5.1 It may be decontaminated and re-use if the integrity of the glove is not compromised.

4.1.5.2 It must be discarded when they become peeled, cracked, discolored, torn or punctured.

4.1.6 Do not wear the same pair of gloves for the care of more than one patient.

4.1.7 When wearing gloves, change or remove gloves during patient care when moving from a contaminated body site to a clean body site within the same patient.

4.1.8 Change or remove gloves after touching a contaminated site and before touching a clean site or the environment.

4.1.9 Change gloves as soon as they are torn or punctured.

4.2 Use of Gowns / Aprons:

4.2.1 Gowns/aprons are readily available in all working areas at all times.

عن طريق الاتصال على سبيل المثال VRE, MRSA, RSV

4.1.3 استخدم قفازات معقمة للإجراءات التي يتم فيها التعامل مع المناطق المعقمة في الجسم (على سبيل المثال، إجراء العمليات الجراحية، والولادة المهبلية، والإجراءات الإشعاعية التداخلية، وتركيب الفانيلا).

4.1.4 استخدم قفازات الفحص في الاجراءات التي يتم فيها اتصال مباشر بين الجلد أو الأغشية المخاطية مع الدم أو سوائل الجسم، وفي الاجراءات السريرية كما يلي:

4.1.4.1 الإجراءات التي يتم فيها الاتصال مع الأغشية المخاطية والجلد السليم مع احتمالية وجود جراثيم شديدة العدوى أو خطيرة.

4.1.4.2 تركيب خط وريدي وإزالته.

4.1.4.3 سحب الدم.

4.1.4.4 فحص الحوض والمهبل.

4.1.4.5 معالجة وتنظيف الأدوات والتعامل مع النفايات، وتنظيف بقع الدم.

4.1.5 يجب أن يرتدى موظفو الصيانة والنظافة والمغسلة والعاملين غير الصحيين قفازات (مطاطية سميكة) الخاصة بالأغراض العامة.

4.1.5.1 يمكن اعادة تطهير هذه القفازات وإعادة استخدامها إذا لم يتم المساس بسلامة القفاز.

4.1.5.2 يجب التخلص منها عندما تصبح مقشرة أو متصدعة أو يتغير لونها أو تصبح ممزقة أو مثقوبة.

4.1.6 لا ترتدي نفس الزوج من القفازات لرعاية أكثر من مريض واحد.

4.1.7 في حالة ارتداء القفازات، يجب تغيير أو إزالة القفازات أثناء رعاية المريض عند الانتقال من موقع ملوث من الجسم إلى موقع نظيف في نفس المريض.

4.1.8 قم بتغيير أو إزالة القفازات بعد لمس أحد المواقع الملوثة، وقبل لمس موقع نظيف أو لمس أي شيء من البيئة المحيطة.

4.1.9 قم بتغيير القفازات في أقرب وقت إذا حدث فيهم أي تمزق أو ثقب.

4.2 استعمال أغطية الجسم/المرايل:

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Personal Protective Equipment معدات الوقاية الشخصية	Page 3 of 6
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-050EA (2)	Replaces No.: IC-APP-050EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.2.2 Do not use gown routinely. Wear only once and then discard at the appropriate receptacle.

4.2.3 The gown shall be large enough to cover the clothing entirely to protect all areas of exposed skin.

4.2.4 Securely tie tabs/ties to keep the gown/plastic apron in place while performing patient care activities in the patient room/ procedure area.

4.2.5 Remove soiled gowns promptly before leaving the room and immediate work area when contaminated with blood or body fluid

4.2.6 . Wear a gown/plastic apron to protect skin and clothing during procedures that may generate splashes aerosolization of body substances and cause soiling of clothes

4.2.7 Sterile gowns are only necessary for performing invasive procedures such as central line insertion, when changing dressings of patients with extreme extensive burns and in the performance of procedures requiring sterile technique

4.2.8 Wear fluid resistant gowns during any procedure where there is a likelihood of splashes or contamination with blood or other body substances.

4.2.9 Reusable items and non-disposable aprons should have clearly documented cleaning schedule, (e.g. laundering must be checked for cleanliness before being donned).

4.3 Face, Mouth, Eye Protection:

4.3.1 Face Mask:(surgical- particulate respirators)

4.3.1.1 Wear surgical masks when blood, body fluids, secretions, excretions, and splashing procedure is anticipated and when approaching patients on droplet precautions one meter away.

4.3.1.2 Masks should fully cover the nose and mouth and prevent fluid penetration and should fit over the nose and mouth.

4.3.1.3 Discard mask once it has been worn, do not hang on the neck or keep on the pocket.

4.2.1 أغطية الجسم /المرايل متوفرة بسهولة في جميع مناطق العمل في جميع الأوقات.

4.2.2 لا تستخدم غطاء الجسم بصورة روتينية. ارتديه فقط مرة واحدة ومن ثم يتم التخلص منها في الوعاء المناسب.

4.2.3 يجب أن يكون غطاء الجسم كبيراً بما يكفي لتغطية الملابس تماماً لحماية جميع مناطق الجلد المكشوفة.

4.2.4 التأكد من إحكام أربطة غطاء الجسم أثناء أداء أنشطة رعاية المرضى

4.2.5 قم بخلع غطاء الجسم الملوث بالدم أو سوائل الجسم فوراً قبل أن تغادر منطقة العمل.

4.2.6 قم بارتداء أغطية الجسم لحماية الجلد والملابس خلال أي إجراء فيه احتمالية التعرض للرذاذ أو التلوث بالدم أو مواد الجسم الأخرى.

4.2.7 ينبغي عمل جدول تنظيف زمني واضح للمعدات وأغطية الجسم القابلة لإعادة الاستخدام (على سبيل المثال التحقق من الغسل والنظافة قبل الارتداء).

4.2.7 أغطية الجسم المعقمة ضرورية فقط من أجل أداء الإجراءات التداخلية مثل تركيب خط مركزي وعند تغيير الضمادات للمرضى الذين يعانون من حروق متعددة وأثناء أداء الإجراءات التي تتطلب تقنية معقمة.

4.2.8 قم بارتداء أغطية الجسم المقاومة للسوائل خلال أي إجراء فيه احتمالية التعرض للرذاذ أو التلوث بالدم أو مواد الجسم الأخرى.

4.2.9 ينبغي عمل جدول تنظيف زمني واضح للمعدات وأغطية الجسم القابلة لإعادة الاستخدام (على سبيل المثال التحقق من الغسل والنظافة قبل الارتداء).

4. حماية الوجه والفم والعين:

4.3.1 قناع الوجه (القناع الجراحي- الكمامات المخصصة في حالة الاحتياطات ضد انتقال المرض عن طريق الهواء)

4.3.1.1 قم بارتداء الأقنعة جراحية عند احتمال التعرض للدم، سوائل الجسم، إفرازات، وإجراء فيه رش وعند الاقتراب أقل من متر من المرضى تحت الاحتياطات ضد نقل المرض بالهواء.

4.3.1.2 ينبغي أن تغطي الأقنعة الأنف والفم تماماً وتمنع تغلغل السائل، وينبغي أن تكون محكمة فوق الأنف والفم.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	**Title: Personal Protective Equipment** معدات الوقاية الشخصية	**Page 4 of 6**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-050EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-050EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.3.1.4 Use particulate respirators (e.g. N95) for Airborne Precautions.

4.3.2 Eye Wear

4.3.2.1 Wear protective eyewear when performing any procedure where there is likelihood of splashing of blood or other body substances into the eyes.

4.3.2.2 Goggles shall fit particularly from the corners of the eye across the brow enough to protect the eyes.

4.3.3 Face Shields

4.3.3.1 Use to provide full-face protection against splashes and sprays to the face.

4.3.3.2 Wear face shields as alternative to goggles to provide further protection to other facial area.

4.3.4 Caps / Footwear

4.3.4.1 During surgery, wear surgical caps to keep the hair and scalp covered so that flakes of skin are not shed into the wound.

4.3.4.2 Caps shall be large enough to cover all hair.

4.3.4.3 When providing care, wear closed-toed shoes to avoid contamination with blood or other body fluids or potential injury from sharps.

4.3.4.4 Practice extreme care when donning/removing shoes anytime during care delivery to avoid hand contamination.

4.4 PPE for transmission- based Precautions:

4.4.1 Contact Precautions – Gown and gloves for contact with patient or environment of care (e.g., medical equipment, environmental surfaces). In some instances, these are required for entering patient's environment.

4.4.2 Droplet Precautions – Surgical masks within 3 feet away from the patient.

4.4.3 Airborne Infection Isolation – Particulate respirator (N-95).

4.5 Compliance with regards to PPE use (can only come through employee education)

4.3.1.3 تخلص من القناع بعد الاستخدام، لا تعلقه على الرقبة أو تحتفظ به في الجيب.

4.3.1.4 استخدم الكمامات المخصصة (مثل N95) في حالة الاحتياطات ضد انتقال المرض عن طريق الهواء.

4.3.2 واقي العين

4.3.2.1 قم بارتداء النظارات الواقية عند القيام بأي إجراء عندما يكون هناك احتمال لرذاذ الدم أو مواد أخرى من الجسم إلى العين.

4.3.2.2 النظارات الواقية يجب أن تكون محكمة على العين بخاصة من زوايا العين عبر الجبين بما يكفي لحماية العينين.

4.3.3 واقي الوجه

4.3.3.1 تستخدم لتوفير كامل الحماية للوجه من الرذاذ والرش على الوجه.

4.3.3.2 يتم ارتداء دروع الوجه كبديل للنظارات الواقية لتوفير مزيد من الحماية لمناطق الوجه الآخر.

4.3.4 قبعات / الأحذية

4.3.4.1 قم بارتداء القبعات الجراحية أثناء الجراحة للحفاظ على الشعر وفروة الرأس مغطاة حتى لا يتم تساقط رقائق من الجلد في الجرح.

4.3.4.2 يجب أن تكون القبعات كبيرة بما يكفي لتغطية كل الشعر.

4.3.4.3 عند تقديم الرعاية، قم بارتداء أحذية مغلقة الأصابع لتجنب التلوث بالدم أو سوائل الجسم الأخرى أو الإصابة المحتملة من الأدوات الحادة.

4.3.4.4 خذ حذرك عند ارتداء / خلع الاحذية في أي وقت خلال تقديم الرعاية لتجنب تلوث اليد.

4.4 معدات الوقاية الشخصية للاحتياطات حسب طريقة نقل العدوى:

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Personal Protective Equipment معدات الوقاية الشخصية	Page 5 of 6
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-050EA (2)	Replaces No.: IC-APP-050EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.6 Employees must be trained to know at least the following:

4.6.1 When/what, PPE is necessary.

4.6.2 How to properly don, remove, adjust and wear PPE.

4.6.3 The limitations of the PPE.

4.6.4 Proper care, maintenance, and disposal of PPE.

4.7 Supervisors must ensure that each employee had received and understood the required training through a written certification, which includes date of training. The certificate shall be kept at the employee file.

4.8 Incident Reporting: Report adverse reactions (allergies, sensitivities) relating to the use of PPE to immediate supervisors, which will be further, be reported to employee health clinic.

4.9 properly technique for wearing and removing , PPE refer to(appendix A)

4.4.1 احتياطات النقل باللمس – استخدم غطاء الجسم والقفازات عند الاتصال مع المريض أو بيئة الرعاية (على سبيل المثال، المعدات الطبية، والأسطح البيئية). في بعض الحالات تستخدم هذه المعدات لدخول بيئة المريض.

4.4.2 احتياطات النقل بالرذاذ - استخدم الأقنعة جراحية في مسافة 3 أقدام من المريض.

4.4.3 عزل العدوى المحمولة جواً – استخدم الكمامات المخصصة (N-95).

4.5 الامتثال فيما يتعلق باستخدام معدات الوقاية الشخصية (يمكن أن يتم فقط من خلال تعليم الموظف)

4.6 يجب تدريب الموظفين لمعرفة ما يلي على الأقل:

4.6.1 متى تكون معدات الوقاية الشخصية ضرورية وأي نوع يستخدم.

4.6.2 كيفية ارتداء، خلع، أو تعديل وارتداء معدات الوقاية الشخصية بشكل صحيح.

4.6.3 القيود المفروضة على وسائل الحماية الشخصية.

4.6.4 كيفية العناية بمعدات الوقاية الشخصية واستخدامها والتخلص منها.

4.7 يجب على المشرفين ضمان أن كل موظف قد تلقى وفهم التدريب اللازم من خلال شهادة مكتوبة، والتي يتضمن تاريخ التدريب. ويتم حفظ الشهادة في ملف الموظف.

4.8 الابلاغ عن الأحداث: يتم الإبلاغ عن ردود الفعل السلبية (مثل الحساسية) فيما يتعلق باستخدام معدات الوقاية الشخصية للمشرفين على الفور، وذلك لإبلاغ عيادة الموظفين فيما بعد.

4.9 الطريقة الصحيحة لارتداء وخلع ادوات الحماية الشخصية انظر (appendix A)

5- **RESPONSIBILITIES:**

5.1 The responsibility of the Manager is to ensure that adequate resources are in place to allow recommended infection prevention and control measures such as PPE to be implemented.

5- **المسئوليات:**

5.1 مسؤولية المدير هو التأكد من أن الموارد الكافية في مكانها الصحيح للسماح بتنفيذ تدابير الوقاية من العدوى الموصي بها مثل معدات الوقاية الشخصية.

5.2 رؤساء الأقسام:

Applied to: **All PHC Staff** **جميع العاملين بالمركز**	**Title:** **Personal Protective Equipment** **معدات الوقاية الشخصية**	**Page 6 of 6**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-050EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-050EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5.2 Heads of departments:

5.2.1 Assure the adequacy of the PPE; proper fit protection, maintenance, and sanitation.

5.2.2 Ensure every employee knows how to use his or her PPE correctly.

5.3 Infection Control Staff:

5.3.1 Provide education for staff and management on this policy.

5.3.2 Act as a resource for guidance and support when advice on PPE is required.

5.3.3 Provide advice on individual risk assessments for PPE decisions.

5.4 All Staff: Must follow PPE policy and procedure and advice the patient/client or visitors of any infection control requirements concerning the proper use of PPE.

5.2.1 التأكد من كفاية وسائل الحماية الشخصية؛ الحماية السليمة المناسبة، والصيانة، وخدمات الصرف الصحي.

5.2.2 التأكد من أن كل موظف يعرف كيفية استخدام معدات الوقاية الشخصية بشكل صحيح.

5.3 العاملون بمكافحة العدوى:

5.3.1 توفير التعليم للموظفين والإدارة على هذه السياسة.

5.3.2 مصدر للتوجيه والدعم عندما يطلب المشورة بشأن معدات الوقاية الشخصية.

5.3.3 تقديم المشورة بشأن تقييم المخاطر واختيار معدات الوقاية الشخصية بالنسبة للفرد.

5.4 جميع الموظفين: اتباع سياسة وإجراءات الوقاية الشخصية وتقديم المشورة للمريض / العميل أو الزوار حول متطلبات مكافحة العدوى فيما يتعلق بالاستخدام السليم للمعدات الوقاية الشخصية.

6- FORMS:

6- النماذج:

None

لا يوجد

7. REFERRANCES ((المراجع:

7.1 United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 12/7/2005, pp. 8 to 10.

7.2 Ministry of Health Guidelines for Personal Protective Equipments, 2009.

7.3 Guidelines for Isolation Precaution Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: IC Program Statement of Authority بيان سلطة برنامج مكافحة العدوى	Page 1 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-049EA (2)	Replaces No.: IC-APP-049EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To establish the authority of the Infection Control Committee for the Center

1.2 To ensure the IC practices are compatible with updated, evidence –based, scientific findings and with Local Ministry of Health recommendations.

1.3 To develop policies and procedures to guide and instruct health facilities personnel in the prevention and control of healthcare and work related infection.

1- الغرض:

1.1 لتأسيس سلطة لجنة مكافحة العدوى بالمركز.

2.1 لضمان أن ممارسات مكافحة العدوى متوافقة مع التحديث والنتائج القائمة على الأدلة العلمية ومع التوصيات المحلية لوزارة الصحة.

3.1 لوضع سياسات وإجراءات لتوجيه وإرشاد العاملين بالمرافق الصحية الى كيفية الوقاية والسيطرة على العدوى المرتبطة بالعمل في الرعاية الصحية.

2- DEFINITIONS:

2.1 **CDC:** Center for Disease Control & Prevention

2.2 **APIC:** Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology

2- التعريفات:

1.2 **CDC**: مركز الوقاية والسيطرة على الأمراض.

2.2 **APIC** : جمعية المتخصصين في مكافحة العدوى والأوبئة.

3- POLICY:

3.1 The center establishes and maintains a comprehensive program for infection prevention and control within the standards of the CBAHI, CDC and MOH guidelines.

3.2 The Center takes action to prevent or reduce the risk of Health Care Associated Infections (HAIs) in patients, employees and visitors; control outbreaks of infection when they are identified, and the center management systems support the infection control process

3.3 All healthcare providers and all departments (medical & nonmedical) are responsible for the safety, health and well-being of all patients, visitors and center staff. This responsibility may be met by working together to promote safe infection control practices, observing all rules, regulations, procedural guidelines and striving to improve the quality of patient care.

3- السياسات:

3.1 يؤسس المركز ويحافظ على برنامج شامل للوقاية من العدوى ومكافحتها بناءً على معايير المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية، ومركز السيطرة على الأمراض وتوجيهات وزارة الصحة.

3.2 المركز يتخذ إجراءات لمنع أو تقليل مخاطر العدوى المصاحبة للرعاية الصحية (HAI) في المرضى والموظفين والزوار والسيطرة على تفشي العدوى في حالة التعرف عليها وتدعم إدارة المركز عملية مكافحة العدوى.

3.3 جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية وكافة الأقسام (الطبية والغير طبية) مسؤولون عن صحة وسلامة جميع المرضى والزوار والعاملين في المركز. ويمكن الوفاء بهذه المسؤولية من خلال العمل سوياً من أجل تعزيز الممارسات الآمنة لمكافحة العدوى ، ومراقبة جميع القواعد واللوائح والمبادئ التوجيهية الإجرائية والسعي إلى تحسين جودة العناية بالمرضى.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: IC Program Statement of Authority بيان سلطة برنامج مكافحة العدوى	Page 2 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-049EA (2)	Replaces No.: IC-APP-049EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4- PROCEDURES:

4.1 The centers' infection control program is designed to decrease the risks of endemic and epidemic Healthcare Associated Infections in patients and health care workers and visitors by:

4.1.1 Proper handling of hazardous medical waste and its disposal process

4.1.2 The importance of adhering to personal protective equipments and training workers how to wear and take them off

4.1.3 The importance of adherence to the hand washing process

4.14 Apply a mechanism for cleaning and sterilizing tools

4.2 The program is supervised by the Infection Control Committee and provide services such as

4.2.1 Implementation of infection control measures as needed

4.2.2 Surveillance of Health Associated Infections (HAI).

4.2.3 Education of center staff on Infection Control issues.

4.2.4 Installation of appropriate isolation precautions.

4.2.5 Consultation on Infection Control issues.

4.2.6 Management of needle pricks and post-exposure prophylaxis.

4.2.7 Reporting of notifiable Diseases to MOH.

4.3 The Infection Control Program is based on current scientific knowledge, accepted practice guidelines from APIC, CDC and Ministry of Health laws and regulations.

4.4 The Infection Control Committee, through its Chairperson, has the authority to institute any appropriate control measures or studies, and to recommend corrective actions within any department, when there is reasonable evidence of potential danger to any patient or personnel.

4- الإجراءات:

4.1 تم تصميم برنامج لمكافحة العدوى بالمراكز الصحية لكي يقلل من مخاطر العدوى المتوطنة والعدوى الوبائية المرتبطة بالرعاية الصحية في كل من المرضى والعاملين في الرعاية الصحية والزائرين عن طريق:

4.1.1 التعامل السليم مع النفايات الطبية الخطرة وعملية التخلص منها

4.1.2 أهمية الالتزام بالواقيات الشخصية وتدريب العاملين على كيفية ارتدائها وخلعها

4.1.3 أهمية الالتزام بعملية غسيل الأيدي

4.14تطبيق آلية تنظيف وتعقيم الأدوات

4.2 يتم الإشراف على البرنامج من قبل لجنة مكافحة العدوى وتوفر عدة خدمات مثل:

4.2.1 تطبيق تدابير مكافحة العدوى حسب الحاجة

4.2.2 مراقبة العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية (HAI).

4.2.3 تدريب موظفي المركز على ممارسات مكافحة العدوى.

4.2.4 توفير الاحتياطات اللازمة للعزل.

4.2.5 تقديم الاستشارات حول مسائل مكافحة العدوى.

4.2.6 التعامل مع حالات الوخز بالإبر والعلاج الوقائي بعد التعرض للمرض.

4.2.7 التبليغ عن الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها إلى وزارة الصحة.

4.3 يستند برنامج مكافحة العدوى على المعرفة العلمية الحالية، والمبادئ التوجيهية المقبولة من جمعية المتخصصين في مكافحة العدوى والأوبئة ومركز السيطرة على الأمراض وقوانين ولوائح وزارة الصحة.

4.4 لجنة مكافحة العدوى، من خلال رئيسها، لديها السلطة لإرساء أية تدابير أو دراسات رقابية مناسبة لمكافحة العدوى، والتوصية باتخاذ إجراءات تصحيحية في أي قسم، عندما يكون هناك دليل معقول على وجود أي خطر محتمل على أي مريض أو أي فرد.

4.5 لجنة مكافحة العدوى لديها السلطة النهائية في حالة وجود أي خلاف فيما يتعلق بسياسة أو إجراء خاص بمكافحة العدوى.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: IC Program Statement of Authority بيان سلطة برنامج مكافحة العدوى	Page 3 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-049EA (2)	Replaces No.: IC-APP-049EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.5 The Infection Control Committee has the ultimate authority in the event that there is a question of disagreement in relation to infection control policy or procedure.

4.6 The policies & procedures of the Infection Control Manual document the principles and programs, which will serve as guidelines for all persons involved in or responsible for providing a safe and sanitary center environment for patients, personnel and visitors.

4.7 The Infection control manual is updated and revised regularly every 2 years.

4.8 Infection control services delivered should be based on the following criteria:

4.8.1 The risk factors of patient including age, pre-existing condition, immune system function, invasive procedure etc.

4.8.2 The complexity of services provided.

4.8.3 The national laws and regulation.

4.6 السياسات والإجراءات الموجودة بدليل مكافحة العدوى تضع المبادئ والبرامج التي سوف تكون بمثابة مبادئ توجيهية لجميع الأشخاص المشاركين في أو المسؤولين عن توفير مركز ذو بيئة آمنة وصحية للعاملين والمرضى والزوار.

4.7 يتم تحديث ومراجعة دليل مكافحة العدوى بانتظام كل سنتين.

4.8 خدمات مكافحة العدوى تحدد أنشطة مكافحة العدوى على أساس المعايير التالية:

4.8.1 عوامل الخطر للمريض والتي تتضمن السن ووجود أمراض سابقة وكفاءة جهاز المناعة وعمل أي إجراء جراحي الخ.

4.8.2 نسبة التعقيد في الخدمات المقدمة.

4.8.3 القوانين واللوائح الوطنية.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Administration:

5.1.1 To ensure that an Infection Control Program be established and that this policy statement be adopted.

5.1.2 To ensure the organization has a functioning coordinated process in place to reduce the risks of endemic, epidemic and health care acquired infections in patients and healthcare workers and visitors.

5.1.3 To support the committee function by providing all the resources and–approving the recommendations made by the committee

5.2 Infection Control Committee:

5.2.1 To coordinate the infection control activities and infection control management functions.

5- المسئوليات:

5.1 إدارة المركز:

5.1.1 ضمان وضع برنامج مكافحة العدوى وتبني تنفيذ هذه السياسة.

5.1.2 ضمان وجود عملية منسقة للحد من مخاطر العدوى المتوطنة والوبائية والعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية بالنسبة للمرضى والعاملين في الرعاية الصحية والزائرين.

5.1.3 دعم وظيفة اللجنة بالموافقة على جميع الموارد والتوصيات التي تقدمها اللجنة.

5.2 لجنة مكافحة العدوى:

5.2.1 التنسيق بين الأنشطة والوظائف الخاصة بمكافحة العدوى.

5.2.2 لتحقيق وظائف اللجنة حسب ما ورد في مرجعية اللجنة.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: IC Program Statement of Authority بيان سلطة برنامج مكافحة العدوى	Page 4 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-049EA (2)	Replaces No.: IC-APP-049EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5.2.2 To comply with their functions as stated in the Term of Reference.

5.3 Infection Control department head:

5.3.1 To delegate the IC center wide functions to the Infection Control Personnel, and to ensure its implementation.

5.3 **رئيس قسم مكافحة العدوى:**

5.3.1 تفويض وظائف مكافحة العدوى بالمركز لأفراد مكافحة العدوى وضمان تنفيذها.

6- FORMS:

6.1N/A

6- النماذج:

6.1لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 GCC manual.

7.2 CDC.

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: IC and HK staff **العاملين في مكافحة العدوى والنظافة**	**Title: PHC approved antiseptic & disinfectant** **المطهرات والمنظفات المعتمدة بالمركز الصحي**	**Page 1 of 6**
Department: IPC	**Policy Number: IC-IPP-001EA (2)**	**Replaces No.: IC-IPP-001EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To ensure that those responsible for disinfection are familiar with the agents to be used and the procedure involved.

1- الغرض:

1.1 لضمان أن المسؤولين عن التطهير على دراية بالمواد الواجب استخدامها وعلى اتباع الإجراءات.

2- DEFINITIONS:

2.1 Disinfection: Reduce number of microorganism at a level at which they are not harmful except spores. There are 3 types of Disinfection process:

2.1.1 High-Level Disinfection-HLD: Kills all vegetative bacteria, Fungi, tubercle bacilli and viruses. Dose not includes killing all bacterial spores.

2.1.2 Intermediate-Level Disinfection –ILD: Kills vegetative bacteria, most viruses and most Fungi.

2.1.3 low-Level Disinfection-LLD: Kills most vegetative bacteria except M. tuberculosis, some fungi and inactivate some viruses.

2.2 Antisepsis: Is a non-toxic disinfectant which can be applied to the skin or living tissues.

2.3 Sterilization: Destruction of all form of microorganism including spores.

2.4 Cleaning: Physical removal of organic material or soil from objects by using water & detergent and mechanical action.

2- التعريفات:

2.1 التطهير: تقليل عدد الكائنات الحية الدقيقة الى المستوى الغير مضر إلا الجراثيم. ويوجد ثلاثة أنواع من عمليات التطهير:

2.1.1 التطهير رفيع المستوى - HLD: يقتل جميع البكتريا النباتية والفطريات وبكتريا السل العصوية والفيروسات، ولكن لا يشمل هذا جميع الجراثيم البكتيرية.

2.1.2 التطهير المتوسط المستوى -ILD: يقتل البكتريا النباتية، ومعظم الفطريات ومعظم الفيروسات.

2.1.3 التطهير المنخفض المستوى –LLD : يقتل معظم البكتريا النباتية النامية باستثناء بكتريا السل، وبعض الفطريات ويعطل بعض الفيروسات.

2.2 ازالة التلوث: هو المطهرات الغير السامة التي يمكن استخدامها على الجلد أو الأنسجة الحية.

2.3 التعقيم: تدمير كل الكائنات الحية الدقيقة بما في ذلك الجراثيم المتحوصلة.

2.4 التنظيف: إزالة المواد العضوية أو الملوثات من الأدوات عن طريق استخدام المياه والمنظفات والعمل الميكانيكي.

3- POLICY:

3.1 The current approved antiseptics and disinfectants stated in this policy are the only agents that are to be used within the CENTER and should be used only for the purposes specified.

3- السياسات:

1.3 المطهرات الحالية المعتمدة والمطهرات المذكورة في هذه السياسة هي المواد الوحيدة التي يمكن استخدامها داخل المركز ويجب ان تستخدم فقط للأغراض المحددة.

Applied to: IC and HK staff العاملين في مكافحة العدوى والنظافة	Title: PHC approved antiseptic & disinfectant المطهرات والمنظفات المعتمدة بالمركز الصحي	Page 2 of 6
Department: IPC	Policy Number: IC-IPP-001EA (2)	Replaces No.: IC-IPP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4- **PROCEDURES:**

4.1The following types of antiseptic and disinfectant agents are approved for use in the Center. Refer to Attachment A for the approved list of disinfectants

4- **الإجراءات:**

4.1 تمت الموافقة على الأنواع التالية من المطهرات للاستخدام في المركز. الرجاء الرجوع إلى الملحق أ للقائمة المعتمدة من المطهرات.

5- **RESPONSIBILITIES:**

5.1 Infection control Team:

5.1.1 To review and evaluate all supplies/ products used for disinfection.

5.1.2 To monitor the use of antiseptics/ disinfectants

5- **المسئوليات:**

1.5 فريق مكافحة العدوى:

5.1.1 مراجعة وتقييم جميع المستلزمات / المنتجات المستخدمة في التطهير.

5.1.2 مراقبة استعمال المطهرات والمنظفات.

6- **FORMS:**

6.1N/A

6- **النماذج:**

6.1لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 APIC Guidelines for Selection and Use of Disinfectants. American Journal of Infection Control 1996.

Attachment A

Approved List of Disinfectants

SN	Group type		Dilution Ratio	TYPE	Remarks
	Generic Name	Trade Name			
					DISINFECTANTS
1	Enzymatic cleaner and disinfectant	ASEPTIZYME (Riyadh Pharma)	1:125	LLD	For instrument pre cleaning and soaking. soaking time=30min
		RIAZYMEMUL (Riyadh Pharma)	1:125	LLD	soaking time=5min
		KLENZYME (steris)	1:125	LLD	soaking time=5 min
		PRECLENZ (steris)	Undiluted	LLD	Instrument transport gel. Spray on OR instruments evenly before transport to CSSD
2	Alcohol/ chlorhexidine	HOSPICID SPRAY Minuten SPRAY (ALPRO)	undiluted	ILD,LLD	For surface and equipment cleaning & DISINFECTANT

3	Quarternary ammonium compounds	HITOR PLUS (Riyadh Pharma) COVERAGE SPRAY HB PLUS (Steris)	1:250 Undiluted	LLD ILD	As floor cleaner in operation room and high risk area. Contact time: 10 min As surface cleaner in CSSD Contact time: 10 min
4	Cetrimide 15 % & chlorhexidine gluconate 1.5% w/v	SAVLON (Riyadh Pharma) SAVE ALL (Medpharma)	undiluted		For Antisepsis & disinfection.
5	Sodium Hypochlorite solution 5.25%	CLOROX (SIDCO)	1:10 1:100		10,000 ppm available chlorine to disinfect blood spillages 1,000 ppm available chlorine, for environmental decontamination
6	Chloroxylenol	DETTOL (SIDCO)			For sinks, lavatories, drain.

7	Orthoparaldehyde 2%	CIDEX-OPA (Johnsons & Johnsons)	undiluted	HLD	Shelf Life: 14 days while the long acting for 28 days. Soaking time: For disinfection: 10min to 1 hour Sporicidal: 10 hours.
		ASEPTI-STERYL (Riyadh Pharma)	undiluted	HLD	Shelf life = 28 days Soaking time: 25 min at R.T. for disinfection. 10 hrs at R.T. for sterilization.
8	Phenolics	HAILCOLIN	2% 5%	LLD	For terminal disinfection and cleaning For general disinfection of post-mortem areas.
	ANTISEPTICS				
1	Isopropyl alcohol 4%W/V & chlorhexidine 2% W/V	CIDA STAT; BACTISTAT (Riyadh Pharma)	Undiluted		Used for Hand washing
2	Isopropyl alcohol 4%W/V & chlorhexidine 4% W/V	SCRUB STAT4' (Riyadh Pharma) HISCRUB; DERMOSEPT	Undiluted		Antiseptic soap for hand washing

		(Medpharma)			
3	Ethanol 80%v/v	EZ-clean Gel /hand rub (MOH)	undiluted		For routine decontamination and hand washing when hands are not visibly soiled.
4	Povidone iodine 10%w/v	ALPHADINE SOULTION (Riyadh Pharma)	undiluted		For pre operative skin preparation
5	Povidone iodine 7.5%w/v	ALPHADINE SCRUB (Riyadh Pharma)	undiluted		Skin antiseptic scrub

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Management of Needle Prick Injuries, Blood & Body Fluid Exposure التعامل مع حوادث الوخز بالإبر والتعرض الى الدم وسوائل الجسم Page 1 of 3	
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-054EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-054EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To provide guidelines for the management of needle prick/ sharps injuries and blood and body fluid exposures in healthcare workers.

1- الغرض:

1.1 لتوفير المبادئ التوجيهية للعاملين بالرعاية الصحية للتعامل مع إصابات وخز الإبر والآلات الحادة و التعرض للدم وسوائل الجسم.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Other Potentially Infectious Materials (OPIM):** means human body fluids: semen, vaginal secretions, cerebrospinal fluid, synovial fluid, pleural fluid, pericardial fluid, peritoneal fluid, amniotic fluid, saliva in dental procedures, anybody fluid that is visibly contaminated with blood, and all body fluids in situations where it is difficult or impossible to differentiate between body fluids.

2.2 **Percutaneous injury**:
a needle pricks injury or cut with a sharp object.

2- التعريفات:

1.2 مواد أخرى قد تكون معدية (OPIM):
يعني سوائل الجسم البشري: السائل المنوي، الافرازات المهبلية، السائل المخي الشوكي، السائل الزلالي، السائل الذي يحيط بالرئة، السائل التيموري، السائل البروتوني، السائل الذي يحيط بالجنين واللعاب بالنسبة لإجراءات الأسنان، وسائل أي شخص ملوث بشكل واضح مع الدم، وجميع سوائل الجسم في الحالات التي يصعب أو يستحيل التمييز بين سوائل الجسم.

2.2 إصابة عن طريق الجلد:
اصابة وخز الإبر أو قطع بآلة حادة.

3- POLICY:

3.1 Standard Precaution must be observed to prevent the transmission of blood borne pathogens like HIV, Hepatitis B Virus (HBV), Hepatitis C Virus (HCV), and other diseases caused by needle prick injury and blood/ body fluid exposure while administering health care

3- السياسات:

1.3 يجب مراعاة الاحتياطات القياسية لمنع انتقال مسببات الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم مثل فيروس نقص المناعة البشرية، وفيروس التهاب الكبدي (ب)، والالتهاب الكبدي الوبائي (ج)، وغيرها من الأمراض التي تكون بسبب وخز الإبر أو التعرض للدم / سوائل الجسم أثناء تقديم الرعاية الصحية.

4- PROCEDURES:

4.1 Report all percutaneous injuries and mucocutaneous exposures to medical director).
4.2 Initiate Hepatitis B-vaccine when indicated within 24 hours of the exposure incident.
(See appendix a)
4.3 Issue vaccination card to the employee to remind her/his for the next vaccination schedule.
4.4 Upon completion of all three vaccinations, the employee is given a copy of the completed vaccination card and a record is to be maintained.

4.5 If an exposure occurs, the healthcare workers shall do the following immediately:

4- الإجراءات:

4.1 قم بإبلاغ المدير الطبي عن أي إصابات للجلد أو تعرض الجلد أو الأغشية المخاطية للدم أو سوائل الجسم.

4.2 ابدأ في أخذ لقاح الالتهاب الكبدي الوبائي (ب) عند الحاجة في غضون 24 ساعة من التعرض لوقوع الحادث. (see appendix a)

4.3 يقوم طبيب عيادة الموظفين بإصدار بطاقة تطعيم للموظف لتذكره بالجرعة القادمة للتطعيم.

4.4 عند الانتهاء من اللقاحات الثلاث، يعطى للموظف نسخة من بطاقة التطعيم المنتهى ويتم حفظ البيانات في السجل.

Applied to: All PHC staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Management of Needle Prick Injuries, Blood & Body Fluid Exposure** **التعامل مع حوادث الوخز بالإبر والتعرض الى الدم وسوائل الجسم**	**Page 2 of 3**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-054EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-054EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.5.1 In Case of Accidental Needle Prick **(First Aid):**

1)Stop working
2)Bleed site gently.
3)Wash with soap and water and cover with dressing
4)Apply isopropyl alcohol 70%
5)Check patient's chart (status)
6)Report the incident (to your immediate superior/head nurse)
7)Fill up the standard OVR and have it signed by your immediate superior.
8)Proceed to the staff health clinic with the OVR form.
9)Employee health physician evaluates the employee.

4.5.2 Mucocutaneous Exposures (Blood/Body Fluid):

1)Stop working
2)Flush site with copious amount of water.
3)Follow same procedure in needle prick injury.
4)For Human Bite: Follow needle prick injury procedures.

4.5.3 If the source individual is found or known to be Hepatitis C positive, HIV positive & Hepatitis B positive then the exposed individual needs follow-up by the staff health clinic (SHC) (See appendix A)

4.5.4Employees exposed to viral Hepatitis and HIV is counseled for the duration of the follow up.

4.5.5 Refrain from donating blood, plasma or tissue. Acknowledgment is taken with the documentation in the employee's file.

4.5.6 Advised pregnant or lactating mother not to breastfeed her baby (For HIV positive) With the signature of the pregnant mother and documentation of education in the health file.

4.5.7 Safe/protective sexual act on both partners Sign the virus carrier and document in the health file education).

4.5 إذا تعرض أحد العاملين بالرعاية الصحية لوخز بالإبر أو تعرض للدم أو أحد سوائل الجسم يجب عليه القيام بما يلي على الفور:

4.5.1 في حالة وخز الإبر بصورة عرضية (الاسعافات الأولية):

1)التوقف عن الاستمرار في العمل
2) اجعل موضع الوخز ينزف بلطف.
3) اغسل الموضع بالماء والصابون، وقم بتغطيته باستخدام ضماد.
4) ضع كحول ايزوبروبيل 70٪.
5) قم بالتحقق من ملف للمريض (حالة العدوى).
6) قم بالإبلاغ عن وقوع الحادث (لرئيسك المباشر/رئيسة الممرضات)
7) قم بتعبئة نموذج الابلاغ عن الأحداث العارضةOVR وقم بتوقيعه من رئيسك المباشر.
8) اذهب الى عيادة الموظفين مع نموذج OVR.
9) يقوم طبيب عيادة الموظفين بتقييم صحة موظف.

4.5.2 في حالة تعرض الجلد أو الأغشية المخاطية للدم أو لسوائل الجسم:

1)التوقف عن الاستمرار في العمل
2) اغسل موضع التعرض بكمية وفيرة من المياه.
3) اتبع الإجراء نفسه في وخز الإبر.
4) بالنسبة لعضة الإنسان: اتبع اجراءات وخز الإبر.

4.5.3 إذا تم معرفة حالة العدوى للمريض أو اكتشاف أن تحليل المريض ايجابي للالتهاب الكبدي الوبائي (بي) أو (سي) أو فيروس نقص المناعة البشرية، يحتاج الموظف الذي تعرض للوخز الى المتابعة من قبل عيادة الموظفين. (See appendix A)

4.5.4 يتم نصح الموظفين المعرضين للالتهاب الكبدي الفيروسي وفيروس نقص المناعة البشرية بمدة المتابعة المطلوبة.

4.5.5 يجب الامتناع عن التبرع بالدم، والبلازما أو الأنسجة ويؤخذ إقرار بذلك مع التوثيق في ملف الموظف

4.5.6 وتنصح الأم الحامل أو المرضعة ألا ترضع طفلها (لفيروس نقص المناعة) مع توقيع الام الحامل بالعلم وتوثيق التثقيف بالملف الصحي.

4.5.7يتم أخذ الحيطة والوقاية أثناء الاتصال الجنسي من كلا الشريكين و توقيع حامل الفيروس بالعلم وتوثيق التثقيف بالملف الصحي).

5- **RESPONSIBILITIES:**

5.1 Employee Health Physician: It is the responsibility of the employee health physician to take the history from the exposed employee and document the details in medical record.

5.2 SHC Nurse is responsible for drawing blood samples (as required) to test for HBsAG, Anti- HBs, Anti-HCV, HIV screening)

5- المسئوليات:

1.5 طبيب عيادة الموظفين: مسؤول عن أخذ التاريخ الكامل للموظف الذي تعرض للوخز وتوثيق التفاصيل في السجل الطبي.

2.5 ممرضة عيادة الموظفين مسؤولة عن سحب عينات الدم (حسب الحاجة) لعمل اختبار الكشف عن وجود فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي (بي) أو الأجسام المضادة للالتهاب الكبدي الوبائي (بي) و (سي) وفحص فيروس نقص المناعة البشرية).

6- **FORMS**:

6.1 None

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports September 30, 2005 / Vol. 54 / No. RR-9.

7.2 Association of Professionals in Infection Control and Epidemiology: Occupational Exposure 2005. Pp.27-1to 27 -10.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	التوقيعsignature
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Safe Handling and Disposal of Sharps** **التعامل مع الأدوات الحادة والتخلص منها**	**Page 1 of 4**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-053EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-053EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 Ensure that health care workers are properly trained in safe handling, use and disposal of needles & sharps.

1.2 Modify work practices that pose a needle stick injury hazard to make them safer.

1- الغرض:

1.1 ضمان أن العاملين في مجال الرعاية الصحية مدربين بشكل سليم على التعامل مع الإبر والأدوات الحادة واستخدامها والتخلص من بأمان.

2.1 تعديل ممارسات العمل التي تشكل خطر الإصابة بالإبر لجعلها أكثر أماناً.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Sharps**: Items that have corners, edges or projections that can cut or puncture human skin. Common examples of sharps include but not limited to hypodermic or intravenous needles and syringes with attached needles, razor blades, scalpel blades, scissors, knives and broken glass.

2.2 **Safe Needle Device**: A safe needle device incorporates engineering controls to prevent needle stick injuries before, during or after use through built-in safety features.

2.3 **Sharps Container:** Yellow colored container that is rigid, leak proof, and puncture-proof with a lid and labeled with the universal biohazard symbol or the word "BIOHAZARD". They are available in three different sizes as small medium and large.

2- التعريفات:

1.2 الأدوات الحادة :العناصر التي لها زوايا وحواف أو نتوءات التي يمكن أن تقطع أو تثقب الجلد البشري . والأمثلة الشائعة على الأدوات الحادة تشمل ولا تقتصر على: الحقن المستخدمة للحقن في الوريد أو تحت الجلد والإبر المرفقة، شفرات الحلاقة، شفرات المشارط، المقصات، والسكاكين والزجاج المحطم.

2.2 جهاز الإبرة الآمن: جهاز إبرة آمن يتضمن ضوابط هندسية لتفادي وقوع إصابات وخز الإبر قبل وأثناء أو بعد الاستخدام من خلال مزايا السلامة المدمجة.

2.3 حاوية الأدوات الحادة : الوعاء الصلب ذو اللون الأصفر ، الذي يمنع التسرب، وضد الثقب مع غطاء تم تعليمها بالشعار العالمي للخطر الحيوي أو معلم بكلمة "خطر حيوي" وتكون متوفرة في ثلاثة أحجام مختلفة وهي الصغيرة والمتوسطة والكبيرة.

3- POLICY:

3.1 Needles should not be bent, broken or recapped except in special and approved circumstances.

3.2 If recapping is necessary, the "scoop method" must be used.

3.3 Sharp boxes should be placed in all areas where required and are appropriately located away from traffic.

3.4 Sharp boxes should be properly used: not overfilled, not opened to transfer sharps into other containers, and placed at or below eye level.

3.5 Sharp boxes should be sent for incineration when their contents are 3/4 full.

3- السياسات:

3.1 لا ينبغي ثني الإبر، أو كسرها أو إعادة تغطيتها إلا في ظروف خاصة ومعتمدة.

3.2 في حالة وجود ضرورة لإعادة تغطية الإبر يتم استخدام "أسلوب المغرفة".

3.3 ينبغي وضع حاويات الأدوات الحادة في جميع المناطق المطلوبة في الموقع المناسب بعيداً عن حركة السير.

3.4 ينبغي أن تستخدم حاويات الأدوات الحادة بشكل صحيح: لا يتم ملأها حتى آخرها، لا يتم فتحها لنقل الأدوات الحادة الى حاويات أخرى، يتم وضعها عند أو أقل من مستوى العين.

3.5 ينبغي أن ترسل الصناديق الحادة للحرق عندما تكون محتوياتها تمثل ثلاثة أرباع حجمها.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Safe Handling and Disposal of Sharps التعامل مع الأدوات الحادة والتخلص منها	Page 2 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-053EA (2)	Replaces No.: IC-APP-053EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4- PROCEDURES:

Safe handling:

The health care workers should be aware of the hazards posed by needle stick injuries and should use the sharps safely and improve work practices as follows:

4.1 Avoid the use of needles where safe and effective alternatives are available.

4.2 Plan safe handling and disposal before beginning any procedure using needles.

4.3 To avoid injuring themselves or others, keep the sharps container as close to where you are working as possible.

4.4 Do not bend, shear, break, recap, remove needles from disposable syringes, or manipulate before disposal.

4.5 If there is **no alternative** to re-using a needle/syringe for a specific procedure, such as the need for giving more than one injection with an anesthetic or multiple injections of a limited quantity material:

4.5.1 Avoid re-capping the needle by placing the needle/syringe in a tray or other protective container for transportation or storage between injections.

However, if recapping and/or needle removal is necessary because of a specific procedure or lack of a readily available sharps container, the cap should be replaced with one of the following methods:

a. Through the use of a mechanical device such as a forceps or a clamp.

b. ONE HAND or SCOOP METHOD: Place the cap on a horizontal surface and "scoop" it up with the needle. Make sure the cover is surrounding the needle. With the same hand secure the cover of the needle.

4.6 After giving an injection, dispose of the syringe with needle still attached i.e. the total unit, into the sharps container.

4.7 Dispose of the used sharp immediately after use, in the Sharps container.

4- الإجراءات:

النقل الأمن:

يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية أن يكونوا على علم بالمخاطر التي تشكلها إصابات وخز الإبر والأدوات الحادة ويجب أن يتم استخدامها بأمان ويتم تحسين ممارسات العمل على النحو التالي:

4.1 تجنب استخدام الإبر في حالة توفر البدائل الآمنة والفعالة.

4.2 قم بالتخطيط للتعامل الآمن مع الابر والتخلص منها قبل البدء في أي إجراء باستخدام الإبر.

4.3 لتجنب اصابة نفسك أو الآخرين، ضع حاوية الأدوات الحادة أقرب إلى مكان عملك قدر الإمكان.

4.4 لا تقم بثني الإبر أو قصها أو كسرها أو إعادة تغطيتها أو إزالتها من المحاقن، أو التلاعب بها قبل التخلص منها.

4.5 إذا لم يكن هناك بديل عن إعادة استخدام الإبرة / المحقن لبعض الإجراءات المحددة، مثل الحاجة لإعطاء أكثر من حقنة واحدة من مخدر أو حقن متعددة من مادة ذات كمية محدودة، قم بالتالي:

4.5.1 تجنب إعادة تغطية الإبرة وذلك عن طريق وضع الإبرة / المحقن في حاوية وقائية أخرى للنقل أو التخزين بين مرات الحقن المتعددة.

ومع ذلك، إذا كان هناك ضرورة لإعادة التغطية و / أو إزالة الإبرة لإجراء معين أو عدم وجود حاوية الأدوات الحادة متاحة بسهولة، ينبغي الاستعاضة عن إعادة التغطية بواحدة من الطرق التالية:

a. عن طريق استخدام جهاز ميكانيكي مثل الملقط أو المشبك.

b. باستخدام يد واحدة أو نظام المغرفة: ضع الغطاء على سطح أفقي وقم بإدخال الابرة فيه مثل استخدام المغرفة. تأكد من أن الغطاء محيط بالإبرة. وباستخدام نفس اليد قم بأحكام غطاء الإبرة.

4.6 بعد إعطاء الحقن، تخلص من المحقن مع الإبرة وهي لا تزال معلقة (كوحدة واحدة) في حاوية الأدوات الحادة.

4.7 تخلص من الأدوات الحادة المستخدمة على الفور بعد الاستخدام، في حاوية الأدوات الحادة.

4.8 لا تلتقط الزجاج المكسور باليدين واستخدام وسائل ميكانيكية مثل الفرشاة والمجرفة أو الملقط.

4.9 لا يجب أن تملأ حاويات الأدوات الحادة أكثر من ثلاثة أرباع سعتها، لتجنب خطر الإصابة عند إدخال أشياء أخرى.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Safe Handling and Disposal of Sharps التعامل مع الأدوات الحادة والتخلص منها Page 3 of 4	
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-053EA (2)	Replaces No.: IC-APP-053EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.8 **Do not** pick up broken glass with hands, use mechanical means such as a brush and dustpan, tongs, or forceps.

4.9 Sharps containers must not be filled more than three fourths full, to avoid the risk of injury when introducing further items.

4.10 When 3/4 full, the sharps container must be sealed, the container identified by a label mentioning the department, type of waste, person in charge, time and date and sent for incineration.

4.11 Make every effort to **PREVENT** injury or exposure, by careful handling and safe disposal of sharps, by covering unhealed cuts on the hands with waterproof adhesive plaster and by wearing gloves or eye protection when performing procedures in which exposure to contamination with blood, etc. is anticipated.

4.12 Report all needle stick and other sharps-related injuries promptly (refer to **Management of Needle Prick Injuries/Blood and Body Fluid Exposures Policy**) APP-ICS-024to ensure that you receive appropriate follow up care.

4.13 Tell your supervisor about hazards from needles that you observe in your work environment.

4.14 Participate in occupational hazards training and follow recommended infection prevention practices, including hepatitis B vaccination.

4.10 عند امتلاء ثلاثة أرباع الحاوية (تحديد وقت عند عدم الامتلاء)، يجب غلق الحاوية وتعريفها بملصق يشمل اسم القسم ونوع النفايات والشخص المسؤول والوقت والتاريخ وإرسالها للحرق.

4.11 يجب بذل كل جهد ممكن لمنع الإصابة بالأدوات الحادة أو التعرض لها عن طريق التعامل بحذر والتخلص الآمن منها وعن طريق تغطية الجروح الموجودة باليدين بواسطة لاصق مقاوم للماء، وارتداء القفازات وحماية العين عند تنفيذ الإجراءات التي بها احتمالية التعرض للتلوث بالدم.

قم بالإبلاغ عن حوادث الوخز بالإبر وغيرها من الأدوات الحادة على الفور (راجع سياسة التعامل مع إصابات وخز الإبر / والتعرض للدم وسوائل الجسم((APP-ICS-024 لكي تضمن تلقى المتابعة والرعاية المناسبة.

4.12 أخبر المشرف عن الأخطار الناجمة عن الإبر التي تلاحظها في بيئة العمل الخاصة بك.

4.13 قم بالمشاركة في التدريب على الأخطار المهنية واتباع الممارسات الموصي بها للوقاية من العدوى، بما في ذلك التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي(ب).

5- RESPONSIBILITIES:

-5 المسئوليات:

5.1 Infection control PERSONEEL:

1.5مسئول مكافحة العدوى:

5.1.1 To monitor and supervise the implementation of the safe handling and disposal practices in the CENTER.

5.1.1 للمراقبة والإشراف على تنفيذ التعامل الآمن وممارسات التخلص من الأدوات الحادة في المركز.

5.1.2 To provide regular and targeted education and training to HCWs.

5.1.2 توفير التعليم والتدريب العادي والموجه للعاملين بالرعاية الصحية.

5.1.3 To improve awareness and change attitudes and work practices among the institution.

5.1.3 لتحسين الوعي وتغيير المواقف والممارسات في المنشأة.

5.1.4 To have in place specific protocols and written guidelines that are based on updated scientific and CBAHI Standards

5.1.4 وضع بروتوكولات محددة ومبادئ توجيهية مكتوبة تستند إلى المعايير العلمية الحديثة للمجلس المركزي.

6- FORMS:

-6 النماذج:

6.1 None

6.1لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Preventing Needle stick Injuries in Health Care Settings; NIOSH Alert (CDC): November 1999

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	**Title:** Waste Management التعامل مع النفايات	**Page 1 of 8**
Department: IPC	**Policy Number:** IC-APP-052EA (2)	**Replaces No.:** IC-APP-052EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

1- PURPOSE:

.1 To properly define, handle, transport and dispose of hazardous medical waste, and ensure safety of healthcare workers.

.2 To handle and dispose medical wastes in a manner that poses minimal potential hazard to the environment and public health.

1- الغرض:

1.1 للتعريف الصحيح، والتعامل مع ونقل والتخلص من النفايات الطبية الخطرة، وضمان سلامة العاملين في مجال الرعاية الصحية.

2.1 لمعالجة النفايات الطبية والتخلص منها بطريقة تشكل الحد الأدنى من الخطر المحتمل على البيئة والصحة العامة.

2- DEFINITIONS:

2.1 Waste generator: any place which act or process produce hazardous waste materials which need special handling and processing

2.2Hazardous Medical Waste: waste generated from contaminated sources or potentially contaminated with infectious, chemical, or radioactive sources that poses potential health risk.

2.3Human and animal body parts and organs – waste that contains human tissues: organs, fetal and placenta tissues, animal carcasses, blood, blood components, and body fluids.

2.4Infectious Waste – waste that contain biological agents that might spread any of the infectious diseases due to its load of bacteria, viruses, parasites, and fungi.

2.5 *Chemical Waste* – waste that contains solid, liquid or gaseous chemicals resulting from diagnostic, therapeutic, laboratory activities or those used in cleaning and disinfecting or sterilizing procedures.

2.6 *Sharps Waste* – waste that contains sharp items such as vaccine glass vials and needles, scalpels, lancets, razors, broken glass or any other sharp objects that has a potential to cut or punctures through the body.

2.7Cytotoxic Waste – waste that includes any residue of cytotoxic drug that remains following treatment and any materials or equipment (decided to be considered waste) potentially contaminated with cytotoxic drugs.

2- التعريفات:

1.2 مولد النفايات: أي مكان يعمل أو ينتج عنه نفايات خطرة تحتاج إلى مناولة ومعالجة خاصة.

2.2النفايات الطبية الخطرة : النفايات المتولدة من مصادر ملوثة أو يحتمل أن تكون ملوثة من المواد الكيميائية والمعدية، أو المصادر المشعة التي تشكل مخاطر صحية محتملة.

3.2 أجزاء جسم الإنسان والحيوان وأجهزتها - النفايات التي تحتوي على الأنسجة البشرية: أجهزة وأنسجة الجنين والمشيمة، وجيف الحيوانات والدم ومكونات الدم، وسوائل الجسم.

4.2 النفايات المعدية - النفايات التي تحتوي على العوامل البيولوجية التي قد تنشر أياً من الأمراض المعدية بسبب حمولتها من البكتيريا والفيروسات والطفيليات والفطريات.

5.2 نفايات كيميائية - النفايات التي تحتوي على مواد كيميائية صلبة، أو سائلة أو غازية والتي تنتج عن الأنشطة العلاجية والتشخيصية للمختبر، أو تلك التي تستخدم في إجراءات التنظيف والتطهير أو التعقيم.

6.2 النفايات الحادة - النفايات التي تحتوي على أدوات حادة مثل قوارير اللقاح الزجاج والإبر والمشارط والأمواس والزجاج المكسور أو أي أشياء أخرى حادة التي لديها امكانات لقطع أو ثقب الجسم.

7.2 النفايات السامة للخلايا - النفايات التي تتضمن أي بقايا من الأدوية السامة للخلايا التي تبقى بعد العلاج وأية مواد أو معدات (تعتبر من النفايات) قد تكون ملوثة من الأدوية السامة للخلايا.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	**Title:** Waste Management التعامل مع النفايات	**Page 2 of 8**
Department: IPC	**Policy Number:** IC-APP-052EA (2)	**Replaces No.:** IC-APP-052EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

3- POLICY:

3.1 Handling, transporting, and disposing of hazardous waste shall be properly defined to ensure safety of healthcare workers, sanitation workers, and the general public in addition to cost reduction.

3.2 Disposal of sharp and hazardous medical waste must be handled with extreme care to minimize the risk of injury and infection to the staff.

3- السياسات:

3.1 يجب التعريف بكيفية التعامل مع النفايات الخطرة ونقلها والتخلص منها لضمان سلامة العاملين في مجال الرعاية الصحية، والعاملين في النظافة وجميع السكان بالإضافة إلى خفض التكلفة.

3.2 يجب التعامل مع النفايات الطبية الخطرة والحادة والتخلص منها بحذر شديد للحد من مخاطر الإصابة والعدوى للموظفين.

4- PROCEDURES:

4.1 Segregation of hazardous and non-hazardous medical waste inside the Health care facility:

4.1.1 Each generator of hazardous medical waste separates the hazardous waste from non-hazardous waste, collecting and isolating it, and responsible for isolating and collecting waste in specially designed containers in health care facilities and departments as follows:

4.1.2 Collects infectious waste in yellow-colored plastic bags bearing the phrase "Hazardous Medical Waste" along with the Biohazard logo.

4.1.3 Disposes sharps in yellow, thick, leak proof and puncture proof container bearing the phrase "Hazard – Sharp Items" (in Arabic and English) and the Bio- Hazard logo.

4.1.4 Collects liquid Chemical Waste inside yellow thick hermetically sealed, leak proof containers, bearing the phrase "Chemical Waste" in (Arabic and English); meanwhile, solid chemicals such as powder materials' waste shall be collected in yellow plastic bags bearing the phrase "Chemical Waste-Medications" in (Arabic and English) as well as the Bio-Hazard logo.

4.1.5 Places body parts and organs in red plastic bags bearing the phrase Biohazard in Arabic, English, and the Biohazard logo to be kept at the Mortuary until they are dealt with in accordance to Islamic Sharia (law).

4- الإجراءات:

4.1 فصل النفايات الطبية الخطرة من غير الخطرة داخل منشأة الرعاية الصحية:

4.1.1 يقوم كل مولد للنفايات الطبية الخطرة بفصل النفايات الخطرة من غير خطرة و جمعها وعزلها. وهو الذي يحمل مسؤولية عزل وجمع النفايات في حاويات مصنوعة خصيصا لهذا الغرض ضمن مرافق الرعاية الصحية وأقسامها على النحو التالي:

4.1.2 يقوم بوضع النفايات المعدية في أكياس من البلاستيك صفراء اللون تحمل عبارة "النفايات الطبية الخطرة" جنبا إلى جنب مع شعار الخطر الحيوي.

4.1.3 يقوم بوضع الأدوات الحادة في حاوية صفراء، سميكة مانعة التسرب والثقب تحمل عبارة "خطر - أدوات حادة" (باللغتين العربية والانجليزية) وشعار الخطر الحيوي.

4.1.4 يقوم بوضع النفايات السائلة الكيميائية داخل حاويات صفراء، سميكة ومغلقة بإحكام، ومانعة للتسرب، تحمل عبارة "نفايات كيميائية" باللغتين (العربية والانجليزية)، وفي الوقت نفسه، يجب أن تجمع النفايات الكيميائية الصلبة مثل المواد المسحوقة في أكياس بلاستيكية صفراء تحمل عبارة "نفايات، أدوية كيميائية " باللغتين (العربية والانجليزية)، فضلا عن شعار الخطر الحيوي.

4.1.5 يقوم بوضع أي أجزاء من الجسم أو الأعضاء في أكياس بلاستيكية حمراء تحمل عبارة خطر حيوي باللغتين العربية والانجليزية وشعار خطر حيوي وتبقى في المشرحة حتى يتم التعامل معها وفقاً لأحكام الشريعة الإسلامية (القانون).

4.1.6 يقوم بوضع النفايات شديدة العدوى (مزارع البكتريا شديدة العدوى) مثل الفيروسات والسل، والبروسيلا، في أكياس بلاستيكية مناسبة للمعالجة في الأوتوكلاف في نفس الموقع، وهذه الأكياس الصفراء تحمل عبارة "نفايات شديدة العدوى "جنبا إلى جنب مع شعار الخطر الحيوي، ثم بعد ذلك يتم وضعها في أكياس صفراء تحمل عبارة " النفايات الطبية الخطرة "جنبا إلى جنب مع شعار الخطر الحيوي.

4.1.6 Collects highly infectious waste (highly infectious microbial cultures) such as viruses, TB, Brucella, in plastic bags suitable for pretreatment with autoclave within the generation site in the generating department, these are yellow bags bearing the phrase" Highly Infectious Waste" along with Bio-hazard logo, then after this treatment these are to be placed in yellow bags bearing the phrase "Hazardous Medical Waste" along with Bio-hazard logo.

4.1.7 The cytotoxic waste in yellow leak proof containers bearing the phrase "Trace Cytotoxic Waste".

4.1.8 Before collecting and transporting bags / containers for hazardous medical waste, they must ensure that all containers are completely closed and secure, and ensure that there are label data that reveal their contents, in addition to identifying the danger and putting the relevant tags related to it including the Bio-hazard logo.

4.1.9 It should be ensured that waste bags and containers are not filled more than three quarters of their size and that the components are not pressurized. Trash bags should not be carried close to or from the bottom of the holder's body. Bags should be carried from the top when handling.

4.1.10 Non-hazardous medical waste should be collected in black plastic bags. It is dealt with separately, and it must be separated from the hazardous medical waste at all stages (packing, collection, transport and storage inside the facility), until it is transferred to the final disposal places in the landfill (for example, the municipal landfill).

4.2 Collection/Transportation within the Health Care Facility:

4.2.1 Collection and transport of bags/containers of Hazardous Medical Waste require use of special trolleys and well-trained laborers in order to guarantee high degree of safety during

4.1.7 يقوم بوضع النفايات السامة للخلايا في حاويات صفراء مانعة للتسرب التي تحمل عبارة " نفايات سامة للخلايا ".

4.1.8 قبل جمع ونقل الأكياس /الحاويات الخاصة بالنفايات الطبية الخطرة يجب التأكد أن تكون هذه الحاويات بالكامل مغلقة ومؤمنة والتأكد من وجود بيانات الملصقات التي تكشف عن محتوياتها، فضلاً عن تحديد الخطر ووضع العلامات السليمة المتعلقة بها بما في ذلك شعار الخطر الحيوي.

4.1.9 ينبغي التأكد من عدم ملء أكياس النفايات والحاويات أكثر من حجمها وألا تكون المكونات مضغوطة .لا ينبغي أن تحمل أكياس النفايات من جسم حاملها أو من أسفلها .يجب أن تحمل الأكياس من الأعلى عند ال

4.1.10 ينبغي أن تجمع النفايات الطبية غير الخطرة في أكياس بلاستيكية سوداء. ويتم التعامل معها على حده، ويجب أن يتم فصلها عن النفايات الطبية الخطرة في جميع المراحل (التعبئة، والجمع، والنقل والتخزين داخل المنشأة)، حتى يتم نقلها إلى أماكن التخلص النهائي منها في مكب النفايات (مكب البلدية على سبيل المثال).

4.2 تجميع النفايات ونقلها داخل مرافق الرعاية الصحية:

4.2.1 يتم جمع ونقل أكياس /حاويات النفايات الطبية الخطرة وتنقل باستخدام عربات خاصة وعمال مدربين جيداً من أجل ضمان درجة عالية من السلامة أثناء الجمع /النقل داخل مرافق الرعاية الصحية لمنع أي تسرب أو انسكاب خارج الأكياس /الحاويات.

4.2.2 قبل جمع ونقل الأكياس /الحاويات الخاصة بالنفايات الطبية الخطرة، يجب أن تكون هذه الحاويات بالكامل مغلقة ومؤمنة والتأكد من وجود بيانات الملصقات التي تكشف عن محتوياتها، فضلاً عن تحديد الخطر ووضع العلامات السليمة المتعلقة بها بما في ذلك شعار الخطر الحيوي.

4.2.3 لا ينبغي ملء أكياس النفايات والحاويات أكثر من ثلاثة أرباع حجمها وألا تكون المكونات مضغوطة .لا ينبغي أن تحمل أكياس النفايات على مقربة من جسم حاملها أو من أسفلها .يجب أن تحمل الأكياس من الأعلى عند التعامل معها.

4.2.4 قم بنقل النفايات الطبية الخطرة داخل منشأة الرعاية الصحية في عربات مغطاة مصممة خصيصا لضمان كفاءة العملية عند التحميل والتفريغ، ومانعة للتسرب ويتم تنظيفها/ تطهيرها بسهولة.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	**Title:** Waste Management التعامل مع النفايات	**Page 4 of 8**
Department: IPC	**Policy Number:** IC-APP-052EA (2)	**Replaces No.:** IC-APP-052EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

collection/transport within the Health Care facility to prevent any leak or spill out of the bags/containers.

4.2.2 Health care workers who transport such wastes including expired hazardous drugs or any other kinds of waste must be trained on such task and on spill management.

4.2.3 Prior to collection and transport of bags/containers of Hazardous Medical Waste, these shall be fully sealed and locked and it shall be made sure that data-stickers that reveals their contents are available, as well as the presence of proper hazard identification and its related labeling including the Biohazard logo.

4.2.4 Do not overfill waste bags and containers with not more than 3/4 their capacity and not be pressurized or compacted. Waste bags shall not be held close to the collector body or to be held from their bottom. Bags shall only be held at the top when handling.

4.2.5 Transport Hazardous Medical Waste within Health Care facility in covered specially designed trolleys that guarantee efficiency upon loading and unloading, leak-proof and are easily cleaned/disinfected.

4.2.6 Segregate and collect fetal and placental organs in red bags and stored in a special refrigerator in Obstetric Department until they are properly disposed in accordance to Islamic Sharia (law).

4.2.7 In case Hazardous Medical Waste spill or leak out of plastic bags, containers, or trolleys, such waste be considered extremely hazardous and requires an immediate action. Cleaning, disinfection, and safety measures must be taken when and where leakage is identified.

4.2.8 Non-Hazardous Medical Waste shall be collected in black plastic bags. These shall be treated separately and must be segregated from Hazardous Medical Waste in all stages (packing, collection, transporting, storage inside the facility), until it is transported to the

4.2.5 قم بفصل وجمع مخلفات الولادة والمشيمة في أكياس حمراء ويتم تخزينها في ثلاجة خاصة في قسم التوليد حتى يتم التخلص منها بشكل صحيح وفقا لأحكام الشريعة الإسلامية (القانون).

4.2.6 في حالة انسكاب النفايات الطبية وتسربها من الأكياس البلاستيكية، أو الحاويات، أو العربات، تعتبر هذه النفايات خطرة للغاية، وتتطلب اتخاذ إجراءات فورية. يجب أن تؤخذ تدابير السلامة، والتنظيف والتطهير، بعد تحديد مكان ووقت التسرب.

4.2.7 ينبغي أن تجمع النفايات الطبية غير الخطرة في أكياس بلاستيكية سوداء. ويتم التعامل معها على حده، ويجب أن يتم فصلها عن النفايات الطبية الخطرة في جميع المراحل (التعبئة، والجمع، والنقل والتخزين داخل المنشأة)، حتى يتم نقلها إلى أماكن التخلص النهائي منها في مكب النفايات (مكب البلدية على سبيل المثال).

4.3 التخلص من النفايات الطبية الخطرة داخل المنشأة الصحية:

4.3.1 العمال المسؤولون عن التخلص من الدم أو سوائل الجسم (بما في ذلك إفراغ البول وغيرها من أكياس جمع السوائل) يجب عليهم القيام بما يلي:

1. ارتداء معدات الحماية الشخصية المناسبة.
2. صب النفايات السائلة ببطء في المصرف المتصل بنظام المجاري الصحية والتنظيف بالماء على الفور بعد التخلص منها.
3. تقليل الرذاذ أو تلوث الغشاء المخاطي أو الجلد.
4. ضمان أن المنتجات المستهلكة التي تحتوي على سوائل (مثل أنابيب الشفط التي يمكن التخلص منها) مغلقة، ولا ينبغي تفريغها، قبل التخلص منها في أكياس النفايات الطبية والحاويات.
5. قم بغسل اليدين بعد التعامل مع النفايات.

4.3.2 يجب تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على كيفية نقل هذه النفايات الخطرة بما في ذلك الأدوية منتهية الصلاحية أو أي أنواع أخرى من النفايات في هذه المهمة، كما ينبغي تدريبهم على كيفية التعامل مع التسرب.

4.4 التوثيق في السجلات:

4.4.1 يتم توقيع المنشأة المولدة للنفايات على سجل التتبع في وقت رفع النفايات.

final disposal places in the landfill (e.g. municipal landfill).

4.2.9 Workers involved in disposal of blood or body substances (including emptying of urine and other fluid collection bags) must do the following:

1. Wear appropriate personal protective equipment.
2. Pour liquid waste slowly down a drain connected to a sanitary sewer system and flush immediately after disposal.
3. Minimize splashing or contamination to mucosa or skin.
4. Ensure that disposable products containing liquids (such as disposable suction liners) are sealed, not emptied, before disposal into clinical waste bags and containers.

4.2.10 Medical wastes are not to be emptied in open carts because this increases the risk of injury to staff, patients, and visitors, and may lead to spills and environmental contamination.

4.2.11 Avoid overfilling carts for transportation of waste.

4.2.12 Wash hands after handling waste.

4.3 Records Tracking:

4.3.1 A signature from the generating facility is required on each tracking record at the time of pick up.

4.3.2 Environmental Services is responsible for maintaining documents pertaining to tracking records, shipping documents and certificate of treatment of all medical waste removed from the facility.

4.4 Storage:

4.4.1 Biohazard wastes are stored in a locked and secured holding area located on the facility property. Warning signs are posted in English and Arabic *"CAUTION"! BIOHAZARDOUS*

4.4.2 الخدمات البيئية هي المسؤولة عن الحفاظ على الوثائق المتعلقة بسجلات التتبع، ووثائق الشحن وشهادة علاج جميع النفايات الطبية التي تم نقلها من المرفق.

4.5 التخزين:

4.5.1 يقوم عمال النظافة بتخزين نفايات التي تشكل خطر حيوي في منطقة مغلقة ومؤمنة وموجودة ضمن مباني المنشأة. وتعلق علامات التحذير بالإنجليزية والعربية "تحذير: *منطقة تخزين النفايات خطر حيوي - يمنع دخول الأشخاص غير المرخص لهم* ".

4.6 للحد من تعرض العمال للخطر، يجب أن تتبع الإجراءات التالية:

4.6.1 ارتداء قناع للوجه وقفازات ثقيلة وواقي العين أثناء تنظيف الحاويات.

4.6.2 إغلاق وختم الحاويات قبل إزالتها من القسم المولد للنفايات لمنع التسرب وخطر التعرض أثناء الحركة والتعامل مع الحاويات.

4.6.3 تغيير أو استبدال حاويات التجميع بطريقة كافية لمنع المليء الزائد.

4.6.4 حافظ على سلامة الحاويات أثناء التعامل معها عن طريق التأكد من غلق الحاوية قبل حملها أو نقلها لمنع الانسكاب أو بروز المحتويات أثناء التخزين والنقل.

4.7 قم بتدريب جميع الموظفين المسؤولين (بما في ذلك الجدد) عن توليد النفايات على طريقة التعامل مع المواد المعدية.

WASTE STORAGE AREA - UNAUTHORIZED PERSONS KEEP OUT".

4.5 To minimize workers from exposure, the following measures must be followed:

4.5.1 Wear mask, heavy-duty gloves and eye protection during cleaning of the containers.

4.5.2 Close and seal the container before removal from the point of generation waste to prevent spillage and risk of exposure during handling and movement of containers.

4.5.3 Remove or replace collection container frequently enough to prevent overfilling.

4.5.4 Maintain container integrity for the waste handlers during handling and segregation by closing container before pick-up to prevent spillage or protrusion of contents during, handling, storage and transport.

4.5.5 Torn, damaged, or leaking containers shall not be over packed (i.e., place within a second container).

4.5.6 Never open nor transfer waste bags between containers because of the risk of exposure.

4.6 Train all personnel involved in the generation, handling of infectious material:

4.6.1 All new personnel.

4.6.2 Basic contents of the training program include information on the following:

1. Hazards of healthcare waste.
2. Safety procedures for dealing with sharps and medical waste.
3. Action and notification to supervisors in case of accidents.
4. Proper segregation, containment, handling, transporting, and storing of waste.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The Department of Infection Prevention and Control including the Environmental Health and Occupational Safety Section shall be responsible for implementing and monitoring this policy.

5.2 The Department of Infection Prevention and Control shall follow-up and shall assist with staff education and monitoring in order to comply with this policy.

5.3 The housekeeping shall be responsible to deal with waste disposal facility contactors and to supervise his compliance to the provisions of this guideline, also shall provide Infection Prevention and Control with statistics showing the volume and types of hazardous waste; in order to study and plan for waste management improvement.

5- المسئوليات:

1.1 يجب على قسم مكافحة العدوى بما في ذلك الصحة البيئية والمهنية وقسم السلامة أن يكونوا مسؤولين عن تنفيذ ومتابعة هذه السياسة.

2.5 يقوم قسم مكافحة العدوى بالمتابعة والمساعدة على تعليم الموظفين من أجل الامتثال لهذه السياسة.

3.5 يجب على قسم النظافة أن يكون مسؤولاً عن التعامل مع الأشخاص المسؤولون عن التخلص من النفايات والإشراف على الامتثال لأحكام هذا الإجراء، كما يجب أن يزود قسم مكافحة العدوى بالإحصاءات التي تبين حجم وأنواع النفايات الخطرة، من أجل دراسة ووضع خطة لتحسين إدارة النفايات.

6- FORMS:

6.1None

6- النماذج:

6.1لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.2005, Chapter 104 –pp.104-1 to 104-12.

7.2 Center Epidemiology and Infection Control Glenn Mayhill 2004, 3rd Edition, Medical Waste Management, Chapter 100, pp.1772-1784.

7.3 Gulf Countries Council Centre for Infection Control. Infection Prevention and Control Manual 1st Edition. 2009. ICM-1X-02

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	**Title:** Waste Management التعامل مع النفايات **Page 8 of 8**	
Department: IPC	**Policy Number:** IC-APP-052EA (2)	**Replaces No.:** IC-APP-052EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Blood / Body Fluid Spill Management** **التعامل مع انسكابات الدم وسوائل الجسم**	**Page 1 of 4**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-055EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-055EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To prevent infections arising from exposure to blood and body fluids spillage within the CENTER

1- الغرض:

1.1 لمنع العدوى الناجمة عن التعرض لانسكاب الدم وسوائل الجسم داخل المركز.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Blood/body fluid spill:** The spill of uncontained biological material (human blood, body fluid, secretions and excretions) on any surface in the premises that may lead to unsafe exposure conditions.

2.2 **Spill Kit:** Box that contain all necessary tools to handle all spills that might occur within the CENTER

2- التعريفات:

1.2 **انسكاب الدم / سوائل الجسم:** هو تسرب المواد البيولوجية غير خاضع للسيطرة (دم الإنسان، والسوائل في الجسم، إفرازات وفضلات) على أي سطح الذي قد يؤدي إلى التعرض لظروف غير آمنة.

2.2 **مجموعة الانسكاب:** علبة تحتوي على جميع الأدوات اللازمة للتعامل مع جميع التسربات التي قد تحدث داخل المركز.

3- POLICY:

3.1 Standard precautions must be applied. Personal protective equipment (PPE) as applicable should be worn for all cleaning procedures and disposed of after use

3.2 Spills should be cleared up before the area is cleaned (adding cleaning liquids to spills increases the size of the spill and should be avoided)

3.3 The proliferation of aerosols from spilled material should be avoided.

3.4 The disinfectant of choice for blood and body fluid contaminated surfaces are Chlorine generating disinfectants like Clorox.

3.5The "Spill Kit" should be available in all areas and should be stored in an area known to all. This is especially important in areas most prone to spills such as (emergency-laboratory-pharmacy).

3.6 The "Spill Kit" should be supervised regularly for its contents. Single-use items in the spills kit should be replaced after each use of the spills kit.

3.7 All personnel should be trained and regularly taught in the relevant areas on how and when to use the "spill kit".

3- السياسات:

1.3 يجب تطبيق الاحتياطات القياسية. يجب ارتداء معدات الحماية الشخصية لجميع إجراءات التنظيف والتخلص منها بعد الاستعمال.

2.3 يجب أن يتم مسح الانسكابات قبل أن يتم تنظيف المنطقة (إضافة سوائل التنظيف إلى المواد المنسكبة يزيد من حجم التسرب ويجب تجنبه).

3.3 ينبغي تجنب تكاثر انتشار المادة المنسكبة.

4.3 المطهر الافضل لتطهير الدماء والسطوح الملوثة بسوائل الجسم هي المطهرات المحتوية على الكلور مثل كلوريكس.

5.3 "مجموعة الانسكاب " ينبغي أن تكون متاحة في جميع المناطق ويجب أن يتم تخزينها في منطقة معروفة للجميع. وهذا أمر مهم خصوصاً في المناطق الأكثر عرضه للانسكابات مثل (الطوارئ -المختبر - الصيدلية).

6.3 ينبغي أن يتم الاشراف على "مجموعة الانسكاب" لمراجعة محتوياتها. يجب أن يتم استبدال الأدوات التي تستخدم لمرة واحدة بعد كل استعمال لمجموعة الانسكاب.

7.3 ينبغي أن يتم تدريب وتعريف جميع العاملين و بشكل دوري في المناطق ذات الصلة حول كيفية ومتى يجب استخدام " مجموعة الانسكاب".

4- PROCEDURES:

4- الإجراءات:

سيقوم الطاقم التمريضي والطبي بالتعامل مع الانسكاب وتنبيه عمال النظافة فوراً قبل أن يجف، وينبغي أن يتم اتباع الإجراء التالي:

Applied to: All PHC staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Blood / Body Fluid Spill Management** **التعامل مع انسكابات الدم وسوائل الجسم**	**Page 2 of 4**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-055EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-055EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

The nursing or medical staff will deal with the spill immediately and alert the housekeeping before it dries up and the following procedure should be followed:

4.1 Spots or small spills (up to 10cms)

4.1.1 Put on disposable gloves, and other PPE as applicable. Refer to **Standard Precautions Policy.**

4.1.2 Wipe the area immediately with paper towels.

4.1.3 Clean with water and detergent or available disinfectant (70%alcohol/chlorhexidine spray).

4.1.4 Rinse and dry the area.

4.1.5 Discard disposable gloves in the yellow plastic bag.

4.1.6 Wash and dry hands thoroughly. Refer to **Hand Hygiene** policy.

4.2 Large spills (over 10cms)

4.2.1 Close off the spill area to traffic using a ‘Wet floor’ or “Bio-Hazard “sign.

4.2.2 Evacuate the area when necessary (spills from patients diagnosed or suspected cases of hemorrhagic fever, SARS or avian/swine flu).

4.2.3 Locate the ‘spill kit’.

4.2.4 Put on disposable gloves, and other PPE as applicable.

4.2.5 Collect broken glasses or other sharps, if present, by using forceps & place it in a sharp container. Refer to **Safe Handling and Disposal of Sharps Policy.**

4.2.6 Contain the spill with enough paper towels to absorb.

4.2.7 Use a pan or scraper to pick up material.

4.2.8 Flood the spill with freshly prepared (1:10 dilution) chlorine bleach (1part bleach to 9 parts water) for a contact time of at least 10 minutes.

1.4 البقع أو الانسكاب الصغير (تصل إلى 10 سم)
1.1.4 قم بارتداء القفازات أحادية الاستخدام، وغيرها من معدات الوقاية الشخصية حسب مقتضى الحال. الرجوع إلى سياسة الاحتياطات القياسية.

2.1.4 قم بمسح المنطقة على الفور بالمناشف الورقية.
3.1.4 قم بالتنظيف بالمياه والمنظفات أو المطهرات المتوفرة (70٪ كحول / الكلور كسيدين سبراي).
4.1.4 قم بشطف وتجفيف المنطقة.
5.1.4 قم بالتخلص من القفازات في الأكياس البلاستيكية الصفراء.

6.1.4 قم بغسل وتجفيف الأيدي بالكامل. أنظر سياسة نظافة الأيدي.
4.2 الانسكابات الكبيرة (أكثر من 10 سم)
1.2.4 قم بإغلاق المرور الى منطقة التسرب باستخدام علامة "أرض مبتلة" أو "الخطر الحيوي".
2.2.4 قم بإخلاء المنطقة عند الضرورة (الانسكاب من المرضى الذين تم تشخيصهم أو يشتبه في أنهم حالات الحمى النزفية والسارس أو انفلونزا الطيور / الخنازير).
3.2.4 قم بتحديد موقع "مجموعة الانسكاب"
4.2.4 قم بوضع القفازات أحادية الاستخدام، وغيرها من معدات الوقاية الشخصية كما يتطلب.

5.2.4 قم بجمع الزجاج المكسور أو الأدوات الحادة الأخرى، إذا كان موجوداً، وذلك باستخدام ملقط ووضعها في وعاء الادوات حاد. الرجوع إلى سياسة التعامل مع والتخلص من الأدوات الحادة.
6.2.4 قم باحتواء الانسكاب بالمناشف الورقية بطريقة كافية لامتصاص الانسكاب.
7.2.4 استخدم وعاء أو مكشطة لالتقاط المواد.
8.2.4قم بإغراق الانسكاب بالكلور المحضر حديثاً (1:10 تخفيف) (جزء 1 كلور على 9 أجزاء من المياه) واتركه على المادة المنسكبة 10 دقائق على الأقل.
9.2.4 استخدم المناشف الورقية / القماش لامتصاص وإزالة كل الدم المراق والكلور. استخدم المناشف من على حافة منطقة التسرب باتجاه المركز.
10.2.4تخلص من المناشف المبتلة بالكلور في الكيس البلاستيكي الأصفر.

11.2.4قم بغسل المنطقة بالمنظفات والماء.
12.2.4 اترك منطقة الانسكاب نظيفة وجافة.
13.2.4 قم بإزالة القفازات عن طريق الامساك بالقفاز من الداخل عند المعصم وسحب القفازات من الداخل الى الخارج (بحيث تكون مقلوبة).
14.2.4 تخلص من القفازات أحادية الاستخدام في الكيس البلاستيكي الأصفر.
15.2.4 قم بغسل وتجفيف اليدين جيداً.
16.2.4 إذا تم استخدام قفازات مطاطية قابلة لإعادة الاستخدام، تغسل في

4.2.9 Use paper/cloth towels to soak up and remove all spilled blood& chlorine bleach. Push the towels from the edge of the spill in to the center.

4.2.10 Discard bleach-soaked towels in the yellow plastic bag.

4.2.11 Wash the area with detergent and water.

4.2.12 Leave the affected area clean and dry.

4.2.13 Remove gloves by grasping the cuffs on the inside of your wrist and pulling the gloves off inside out.

4.2.14 Discard disposable gloves in the yellow plastic bag.

4.2.15 Wash and dry hands thoroughly.

4.2.16 If reusable rubber gloves are used wash in soap and water and disinfect by soaking them in a mild (1:100) bleach solution for at least 2 minutes. Hang them to air dry.

4.2.17 Thoroughly clean the bucket and mop after use and store dry.

4.2.18 Fill up an OVR- occurrence variance report form. (HERF) Refer to Occurrence Variance& Sentinel Event Reporting Policy.

4.2.19 Replace Single-use items in the spills kit after each use of the spills kit.

الماء والصابون وتعقم بواسطة نقعها في محلول كلور معتدل مخفف (1:100) ما لا يقل عن دقيقتين. ويتم نشرها لتجف في الهواء.

17.2.4 قم بتنظيف شامل للدلو بعد استخدام ويتم تخزينه جاف.

18.2.4 قم بتعبئة تقرير الأحداث العارضة أنظر سياسة الابلاغ عن الأحداث العارضة.

19.2.4 قم باستبدال الأدوات التي تستخدم لمرة واحدة في مجموعة الانسكاب بعد كل استعمال.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Infection control personnel:

5.1.1 To ensure the “Spill Kit” is prepared in advance, includes all items and is available in each unit.

5- المسئوليات:

1.5: مسئول مكافحة العدوى:

1.1.5 ضمان ان "مجموعة الانسكاب" معدة مسبقاً، وتشمل جميع الأدوات، ومتوفرة في كل وحدة.

2.1.5 مراقبة والإشراف على تنفيذ هذه السياسة في المركز.

3.1.5 التأكد من أن جميع الموظفين المعنيين على دراية بالإجراء الصحيح

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Blood / Body Fluid Spill Management التعامل مع انسكابات الدم وسوائل الجسم	Page 4 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-055EA (2)	Replaces No.: IC-APP-055EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

5.1.2 To monitor and supervise the implementation of this policy in CENTER.

5.1.3 To ensure that all relevant staff are familiar with the correct procedure for dealing with spillages of blood and/ or body fluids that may occur throughout the center.

5.2 CENTER Employees: (Nurses, Technician)

5.2.1 To deal with the spill immediately and alert the housekeeping.

5.2.2 To replace single use items in the spill kit after each use.

5.2.3 To follow & implement the policy.

5.3 The Housekeeping personnel: To clean up the spill according to the procedure mentioned in this policy.

للتعامل مع انسكاب الدم و / أو سوائل الجسم التي قد تحدث في جميع أنحاء المركز.

2.5 موظفو المركز (التمريض والفنيين):

1.2.5 التعامل مع التسرب فوراً وتنبيه عمال النظافة.
2.2.5 استبدال المواد ذات الاستخدام الواحد في مجموعة الانسكاب بعد كل استخدام.
3.2.5 متابعة وتنفيذ هذه السياسة.

3.5 موظفو قسم النظافة:

تنظيف الانسكابات وفقا للإجراءات المنصوص عليها في هذه السياسة.

6- FORMS:

6.1 N/A

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 NIOSH Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers; 1988.

7.2 Sterilization or Disinfection of Medical Devices

7.3 MOH guideline 2004& CBAHI Guideline.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Employee Immunization** **تحصين الموظفين**	**Page 1 of 4**
Department:	**Policy Number: IC-APP-059EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-059EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To define guidelines to be followed in performing the annual employees' immunization update.

1- الغرض:

1.1 لتحديد المبادئ التوجيهية التي ينبغي اتباعها في عملية التحصين السنوي للموظفين.

2- DEFINITIONS:

2.1 Immunization: Is the process by which an individual's immune system becomes fortified against an agent (known as the immunogen).

Immunization can be done through various techniques, most commonly vaccination. Vaccines against microorganisms that cause diseases can prepare the body's immune system, thus helping to fight or prevent an infection.

2.2 PPD Purified Protein Derivative

2.3 SHC: Staff Health Clinic.

2- التعريفات:

2.1 التحصين: هي العملية التي من خلالها يصبح النظام المناعي للفرد محصن ضد عامل معين (المعروف باسم المستمنع). ويمكن أن يتم التحصين من خلال تقنيات مختلفة، والأكثر شيوعا التطعيم. اللقاحات ضد الكائنات الحية الدقيقة التي تسبب الأمراض يمكن أن تعد نظام المناعة في الجسم، مما يساعد في مكافحة أو منع حدوث عدوى.

2.2 PPD بروتين مشتق منقى.

2.3 SHC: عيادة الموظفين.

3- POLICY:

3.1 Baseline screening of all employees should be done for Hepatitis B, C & HIV and PPD.

3.2 Employee is given the appropriate vaccine according to screening result and informed about the type of vaccine given, the route, dose & possible side effects.

3.3 The serology results, PPD test results and the name of given vaccine should be documented in the staff record & immunization record sheet.

3.4 The employee immunization status has to be checked annually at the time of the re-contracting. The employee will be responsible for making the appointment at SHC.

3- السياسات:

3.1 ينبغي أن يتم عمل الفحص الأساسي لجميع الموظفين لاكتشاف الالتهاب الكبدي الوبائي بي وسي، وفيروس نقص المناعة البشرية واختبار الدرن.

3.2 –يعطى الموظف اللقاح بناءا على نتائج التحاليل على أن يبلغ بنوع اللقاح المعطى، وطريقة الاعطاء، والجرعة والاثار الجانبية المحتملة.

3.3 ينبغي توثيق نتائج الأمصال، ونتائج اختبار الدرن واسم اللقاح في سجل الموظفين ونموذج التحصينات.

3.4 يتم التحقق من حالة تحصين الموظف سنوياً أثناء تجديد العقد. ويكون الموظف هو المسؤول عن تحديد موعد لدى عيادة الموظفين لعمل الاختبارات المطلوبة.

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Employee Immunization تحصين الموظفين	Page 2 of 4
Department:	Policy Number: IC-APP-059EA (2)	Replaces No.: IC-APP-059EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4- PROCEDURES:

4.1 The vaccination / immunization appointment is arranged by the staff clinic official

4.2 The SHC nurse will ask about any previous history of Hepatitis B, Varicella, Measles, mumps and rubella & she/he will check the employee record for the following:

4.2.1 The last vaccine & when it was given.

4.2.2 Hepatitis B antibody titer.

4.2.3 Rubella antibody titer.

4.3 If no results are available in the staff record, he/she will send the employee to the Laboratory with a physician request for serology test.

4.4 When results are available, the nurse will give the appropriate vaccine as ordered by the physician according to vaccination status of the employee as follows:

4.4.1 Hepatitis B:

a. Three dose series of Hepatitis B vaccine will be given to all non-immune employees upon hiring.

b. Employee needs to be informed that it depends on the Hepatitis surface antibody result whether he/she will need to be immunized. Normal values are 10 IU and above.

c. If Hepatitis B surface antibody is <10 IU

1. He/she should receive (3) doses schedule as follows:

a. 1st dose at 0 day.

b. 2nd dose after 1 month.

c. 3rd dose at 6 months.

2. Hepatitis B surface antibody will be checked again 1-2 month after the vaccination is completed.

If Hepatitis B surface antibody still <10 IU after completing the 3 doses session, the staff

4- الإجراءات:

4.1 يتم ترتيب موعد التطعيم/ التحصين من قبل مسؤول عيادة الموظفين

4.2 تقوم ممرضة عيادة الموظفين بالسؤال عن أي تاريخ سابق للتعرض الى الالتهاب الكبدي الوبائي بي، الجديري المائي والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية وتقوم الممرضة بفحص ملف الموظف والتحقق مما يلي:

4.2.1 آخر لقاح ومتى أعطي له.

4.2.2 مستوى الأجسام المضادة للالتهاب الكبدي الوبائي بي.

4.2.3 مستوى الأجسام المضادة للحصبة الألمانية.

4.3 في حالة عدم وجود نتائج متوفرة في سجل الموظف، تقوم الممرضة بأرسال الموظف إلى المختبر مع طلب من الطبيب لاختبار الأمصال.

4.4 عندما تكون النتائج متاحة، فإن الممرضة تقوم بإعطاء اللقاح المناسب وفقاً لأوامر الطبيب وفقا لحالة التطعيم للموظف على النحو التالي:

4.4.1 التهاب الكبد الوبائي (ب):

أ. يتم اعطاء سلسلة من ثلاث جرعات من لقاح التهاب الكبد الوبائي (ب) لجميع الموظفين غير المحصنين عند التوظيف.

ب. الموظف يحتاج إلى أن يكون على علم ان اعطاؤه هذا اللقاح يعتمد على نتيجة الأجسام المضادة ضد التهاب الكبد عنده. القيمة الطبيعية هي 10 وحدات دولية أو أكثر.

ج. إذا كانت نسبة الأجسام المضادة ضد التهاب الكبد >10 وحدة دولية:

1. ينبغي له / لها الحصول على (3) جرعات مجدولة على النحو التالي:

أ. الجرعة الأولى عند 0 يوم.

ب. الجرعة الثانية بعد 1 شهر.

الجرعة الثالثة بعد 6 أشهر.

is non-responders, and they can receive another series of 3 doses.
The employees not responding after a total of 6 doses of vaccine (Non-responders) are considered susceptible to HBV infection so the importance of standard precautions is to be stressed to the HCW.

3. If Hepatitis B surface antibody > 10 IU that means immunity & no need for booster dose.

4.4.2 Hepatitis A & Typhoid

a. Vaccine will be offered to non-immune employees who are travelling to endemic area & for Dietitian and catering staff.

b. Ty21a (oral typhoid) vaccine should not be administered to immune compromised persons or to persons receiving antimicrobial agents.

4.4.3 Chicken Pox

a. Administer 2 doses of varicella vaccine (Oka/Merck) each 0.5 ml, subcutaneously in the outer aspect of the upper arm (deltoid) 4 to 8 weeks apart, to those showing no laboratory evidence of immunity and coming from countries with low end elicit of the VZV.

4.4.4 Influenza

a. Vaccine will be offered before and during community influenza season.

4.4.5 Diphtheria and Tetanus Booster

a. Booster dose of the vaccine will be offered to employees who have completed the primary series and every 10 years. If exposed to a dirty wound and last booster dose is > 5 years, give booster

4.4.6 Meningococcal Meningitis

a. The conjugate vaccine is offered to all travelers to Mecca during the annual

2. يتم فحص نسبة الأجسام المضادة ضد التهاب الكبد مرة أخرى بعد 1-2 شهر من الانتهاء من التطعيم. إذا كانت نسبة الأجسام المضادة ضد التهاب الكبد ما زالت أقل من 10 وحدات دولية فهذا يعني أن هذا الموظف لا يستجيب ويعاد اعطاءه 3 جرعات اخرى وإذا ظل لا يستجيب بعد أجمالي الستة جرعات يتم اعتبار هذا الموظف معرض لعدوى فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي (ب) ويتم تعريفه بأهمية الالتزام بالاحتياطات القياسية أثناء العمل.

3. إذا كانت نسبة الأجسام المضادة ضد التهاب الكبد > 10 وحدات دولية فإن هذا يعني أن الموظف لديه حصانة ولا حاجة لجرعة منشطة.

4.4.2 التهاب الكبد والتيفوئيد

أ. يتم تقديم اللقاح للموظفين الغير محصنين الذين يسافرون إلى المناطق الموبوءة ولاختصاصي التغذية والمسؤولين عن تقديم الطعام.

ب. لقاح Ty21a (التيفوئيد عن طريق الفم) لا يتم اعطاؤه للأشخاص ذوي المناعة الضعيفة أو للأشخاص الذين يتلقون الأدوية المضادة للجراثيم.

4.4.3 الجديري المائي

أ. يتم إعطاء جرعتين من لقاح الجديري المائي (أوكا / ميرك) كل واحدة 0.5 مل تحت الجلد في الجانب الخارجي من أعلى الذراعين بينهم مدة زمنية 4 إلى 8 أسابيع للموظفين الذين لا يظهر لديهم أي دليل معملي للحصانة والقادمين من البلدان التي لا ينتشر بها الجديري المائي.

4.4.4 الأنفلونزا

أ. يتم تقديم اللقاح قبل وأثناء موسم الأنفلونزا.

4.4.5 الدفتيريا والجرعة المنشطة للكزاز

أ. يتم تقديم جرعة منشطة من اللقاح لموظفيها الذين أتموا سلسلة التطعيم الابتدائية وكل 10 سنوات

ب. تقدم جرعة منشطة عند التعرض لحرج ملوث وكانت تاريخ آخر جرعة منشطة أكثر من خمس سنوات.

Hajj as per the regulations from the ministry of Saudi Arabia. (depending on the availability of the vaccine).

b. Booster dose will be offered every 3 years.

4.4.7 Pneumococcal polysaccharide vaccine

a. Vaccine should be given every 5 years for employees with low immunity status (e.g. post splenectomy, sickle cell disease etc.).

4.4.6 التهاب السحايا

أ. يتم تقديم اللقاح لجميع المسافرين إلى مكة المكرمة خلال موسم الحج وفقاً للوائح الصادرة عن وزارة المملكة العربية السعودية. (اعتماداً على توافر اللقاح).

ب. يتم تقديم جرعة منشطة كل 3 سنوات.

4.4.7 لقاح المكورات الرئوية البولي سكاريد

أ. ينبغي إعطاء اللقاح كل 5 سنوات للعاملين ذوي المناعة المنخفضة (مثل الحالات بعد استئصال الطحال وحالات مرض فقر الدم المنجلي وغيرها).

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Staff Health Physician:

5.1.1 To ensure that proper vaccines are given to all employees.

5.1.2 To inform the employees about the regular time intervals for vaccination.

5.1.3 To inform the employees about the type of vaccine that will be given, the route, the dose & possible side effects.

5.1.4 To document serology results, PPD test results and the name of given vaccine in the staff record & immunization record sheet.

5- المسئوليات:

5.1 طبيب عيادة الموظفين:

5.1.1 ضمان أن يتم إعطاء اللقاحات المناسبة لجميع الموظفين.

5.1.2 إبلاغ الموظفين عن الفترات الزمنية المنتظمة للتطعيم.

5.1.3 إبلاغ الموظفين عن نوع اللقاح الذي سوف يتم اعطاؤه، والطريقة، والجرعة والآثار الجانبية الممكنة.

5.1.4 توثيق نتائج الأمصال، ونتائج اختبار الدرن واسم القاح المعطى في سجل الموظفين ونموذج التحصين.

6- FORMS:

6.1 None

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 Immunization of health care worker MMWR 2007

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Mechanism for reporting infectious diseases to the Ministry of Health** **آلية الابلاغ عن الأمراض المعدية لوزارة الصحة**	**Page 1 of 7**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-058EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-058EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- **PURPOSE :**

1.1 To promote consistent reporting practices of reportable and communicable diseases.

1.2 To assist the Ministry of Health in determining morbidity in the community and to interfere rapidly when appropriate.

1.3 To describe the process of notification of the communicable disease.

1- **الغرض:**

1.1 تشجيع ممارسات الإبلاغ عن الأمراض المعدية.

1.2 مساعدة وزارة الصحة في تحديد المراضة في المجتمع، والتدخل بسرعة عندما يكون ذلك مناسبا.

1.3 وصف عملية الإبلاغ عن الأمراض المعدية.

2- **DEFINITIONS:**

2.1 An outbreak or an epidemic: Is the occurrence of more cases of disease than expected in a given area or among a specific group of people over a particular period.

2- **التعريفات:**

2.1 تفشي أو وباء : وقوع المزيد من حالات المرض اكثر مما كان متوقعاً في منطقة معينة أو بين مجموعة معينة من الناس على مدى فترة معينة من الزمن.

3- **POLICY:**

3.1 All communicable disease noted on patients of CENTER should be immediately reported to the preventive medicine in the primary health care.

3.2 All TB cases should be reported to the national program for TB control in TB center within twenty-four (24) hours of positive smear result.

3.3 All notifications reports copies have to be sent to Infection Control Department.

3- **السياسات:**

3.1 ينبغي الإبلاغ عن جميع الأمراض المعدية المكتشفة في المرضى بالمركز فوراً إلى الطب الوقائي في الرعاية الصحية الأولية.

3.2 ينبغي الإبلاغ عن جميع حالات السل إلي البرنامج الوطني لمكافحة السل في مركز مكافحة السل في غضون أربع وعشرين (24) ساعة من النتيجة الإيجابية.

3.3 ترسل نسخ جميع الإخطارات و التقارير إلى قسم مكافحة العدوى.

4- **PROCEDURES**

4.1 Infection control practitioners will do the following-

4.1.1 Make daily rounds, to get results of any notifiable disease, from-

a. Laboratory Department.

b. Emergency Department.

4.1.2 Gather the required patient demographic data.

4.1.3 Retrieve the required notification form to the reporting physician or the nurse to be completed.

4- **الإجراءات:**

4.1 يقوم ممارسي مكافحة العدوى بما يلي:

4.1.1 القيام بجولات يومية للحصول على نتائج من أي مرض يجب الابلاغ عنه من:

أ. قسم المختبر.

ب. قسم الطوارئ.

4.1.2 جمع البيانات الديموغرافية المطلوبة للمريض.

4.1.3 إرسال نموذج الإخطار المطلوب من الطبيب أو الممرضة لإكمال البيانات اللازمة.

4.1.4 Send the results with the demographic data and information to the preventive medicine in the primary health care

4.2 This data will be kept in the Infection Control Department for a period of one year from the reporting date.

4.3 **For Meningitis Cases:**

4.3.1 The notification form will be completed by the treating physician and will be sent to the Infection Control Department to be faxed to the preventive medicine in the primary health care.

4.4 For Dengue Fever Cases:

4.4.1 For suspected Dengue fever cases, the Dengue fever notification form will be completed by the treating physician & will be sent along with the blood sample to the Laboratory Department.

4.4.2 A copy of this form will be sent to the Infection Control Department to notify the primary health care for the presence of suspected Dengue cases.

4.4.3 The Primary Health Care will send a messenger to the Laboratory Department to take the original notification and the blood sample.

4.4.4 The Primary Health Care will send the results back to infection Control Department by Fax.

4.4.5 The Infection Control Practitioner will inform the Most Responsible Physician (MRP) & will send a copy from the result to be placed in the patient's file and will keep a copy in the infection Control Department for filing.

4.1.4 إرسال النتائج مع البيانات الديموغرافية والمعلومات إلى الطب الوقائي في الرعاية الصحية الأولية.

4.2 يتم الاحتفاظ بهذه البيانات في قسم مكافحة العدوى لمدة سنة واحدة اعتباراً من تاريخ التبليغ.

4.3 **حالات التهاب السحايا:**

4.3.1 يتم إكمال نموذج الإخطار من قبل الطبيب المعالج، ويتم إرساله إلى قسم مكافحة العدوى لكي يتم إرساله بالأميل الرسمي إلى الطب الوقائي في الرعاية الصحية الأولية.

4.4 **حالات حمى الضنك:**

4.4.1 عند الاشتباه في حالات حمى الضنك، يتم كتابة إخطار الابلاغ عن حالات حمى الضنك من قبل الطبيب المعالج ويتم ارساله مع عينة من الدم الى المختبر المرجعي.

4.4.2 يتم إرسال نسخة من هذا الإخطار إلى قسم مكافحة العدوى لإبلاغ الرعاية الصحية الأولية عن وجود حالات حمى الضنك مشتبه بهم.

4.4.3 تقوم الرعاية الصحية الأولية بإرسال مراسل إلى قسم المختبر لأخذ الإخطار الأصلي وعينة الدم.

4.4.4 يقوم الرعاية الصحية الأولية بإرسال النتائج إلى قسم مكافحة العدوى عن طريق الايميل الرسمي.

4.4.5 يقوم ممارس مكافحة العدوى بإبلاغ الطبيب المسؤول عن الحالة ويقوم بإرسال نسخة من النتيجة لوضعها في السجل الصحي للمريض ويتم الاحتفاظ بنسخة في قسم مكافحة العدوى للأرشيف.

4.5 For TB Cases:

4.5.1 Infection Control will be notified by phone of any positive acid-fast bacilli (AFB) smears by the laboratory or by nurses & physicians.

4.5.2 Physicians will complete the TB notification form and send it immediately to the IC.

4.5.3 IC practitioner will forward the TB physical assessment form to the attending physician or nurse to be completed. Forms to be sent back to the Infection Control department after being completed.

4.5.4 IC practitioner will attach the assessment form, the laboratory results and the demographic data to be faxed daily to the National Program for TB Control and will conduct follow-up.

4.5.5 All the positive cases notification forms will be sent by an official letter monthly to the National Program for TB Control. If no positive TB cases occur during the current month then the Infection Control practitioner will send an official letter stating that there were no cases of Tuberculosis during the previous month. This is to be done on the 1st day of the next month.

4.5.6 All records will be kept in the Infection Control Department for a period of one (1) year after reporting.

4.6 For HIV Cases:

4.6.1 Laboratory personnel will notify Infection Control Department with positive Western Blot results for HIV in a confidential manner.

4.6.2 The IC practitioner will notify the treating physician & will instruct the nurse responsible for the case about the required precautions.

4.6.3 The Infection Control Practitioner will forward the MOH Confidential Physical Assessment booklet to the physician to be

4.5 حالات السل:

4.5.1 يتم إخطار قسم مكافحة العدوى عن طريق الهاتف عن أي مسحات إيجابية للبكتريا العصوية من قبل المختبر أو من الممرضات والأطباء.

4.5.2 يقوم الأطباء بتعبئة استمارة الابلاغ عن السل وإرسالها فورا إلى قسم مكافحة العدوى

4.5.3 يقوم ممارس مكافحة العدوى بإحالة نموذج تقييم مرض السل للطبيب أو الممرضة لتعبئته، على أن يتم إرساله مرة أخرى إلى مكافحة العدوى بعد الاكتمال.

4.5.4 يقوم ممارس مكافحة العدوى بإرفاق نموذج التقييم، والنتائج المخبرية والبيانات الديموغرافية وارساله يومياً بالفاكس للبرنامج الوطني لمكافحة السل، ويقوم بالمتابعة.

4.5.5 يتم إرسال جميع الإخطارات للحالات الإيجابية شهرياً بموجب خطاب رسمي الى البرنامج الوطني لمكافحة السل. إذا لم يكن هناك حالات إيجابية لمرض السل خلال الشهر الحالي يقوم ممارس مكافحة العدوى بإرسال خطاب رسمي يفيد بعدم وجود حالات لمرض السل خلال الشهر السابق. ويتم القيام بهذا العمل في يوم 1 من الشهر المقبل.

4.5.6 يتم الاحتفاظ بجميع السجلات في قسم مكافحة العدوى لمدة عام واحد بعد الإبلاغ.

4.6 حالات فيروس نقص المناعة البشرية:

4.6.1 يقوم العاملين في المختبر بإبلاغ قسم مكافحة العدوى عن أي نتائج إيجابية لتحليل لطخة ويسترن لفيروس نقص المناعة البشرية بطريقة سرية.

4.6.2 يقوم ممارس مكافحة العدوى بإخطار الطبيب المعالج ويبلغ الممرضة المسؤولة عن الحالة باتخاذ الاحتياطات المطلوبة.

4.6.3 يقوم ممارس مكافحة العدوى بإحالة كتيب التقييم السري الخاص بوزارة الصحة الى الطبيب المعالج

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Mechanism for reporting infectious diseases to the Ministry of Health** **آلية الابلاغ عن الأمراض المعدية لوزارة الصحة**	**Page 4 of 7**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-058EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-058EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

completed within 24 hours. This is will be returned to the Infection Control Department.

4.6.4 Each case is given a code number to include "CENTER MRN".

4.6.5 Records file will be kept in Infection Control Department for a period of one year after reporting.

4.7 List of Communicable Diseases to be reported:

4.7.1 Diseases to be reported immediately:

a. AIDS {Acquired Immunodeficiency Syndrome}
b. Anthrax
c. Plague
d. Cholera
e. Food Poisoning
f. Yellow Fever
g. Any other disease appearing in epidemic form.

4.7.2 Diseases to be reported within 24 hours:

a. Chickenpox
b. Meningitis
c. Diphtheria
d. Mumps
e. German Measles {Rubella}
f. Poliomyelitis
g. Measles
h. Puerperal Sepsis
i. Rabies
j. Typhoid & Paratyphoid
k. Relapsing Fever
l. Typhus Fever

لإكماله في غضون 24 ساعة. على أن يتم اعادته إلى قسم مكافحة العدوى.

4.6.4 يتم إعطاء كل حالة رمز كودي يشمل "رقم السجل الصحي بالمركز"

4.6.5 يتم الاحتفاظ بالسجلات في قسم مكافحة العدوى لمدة عام واحد بعد الإبلاغ.

4.7 قائمة الأمراض المعدية الواجب الإبلاغ عنها:

4.7.1 الأمراض الواجب الإبلاغ عنها فوراُ:

أ. الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسب)
ب. الجمرة الخبيثة
ج. الطاعون
د. الكوليرا
ه. التسمم الغذائي
و. الحمى الصفراء
ز. أي مرض آخر يظهر في شكل وباء.

4.7.2 الأمراض الواجب الإبلاغ عنها في غضون 24 ساعة:

أ. جدري الماء
ب. التهاب السحايا
ج. الخناق
د. النكاف
ه. الحصبة الألمانية
و. شلل الأطفال
ز. الحصبة
ح. إنتان نفاسي
ط. داء الكلب
ي. الحمى التيفودية والباراتيفودية
ك. الحمى الراجعة
ل. حمى التيفوس
م. السالمونيلا
ن. التهاب الدماغ الفيروسي
س. الكزاز والكزازالوليدي

m. Salmonellosis
n. Viral Encephalitis
o. Tetanus, Tetanus Neonatorum
p. Whooping Cough {Pertussis}
q. Viral Hepatitis {A, B, C.E} Unspecified

4.7.3 Diseases to be reported weekly:

a. Brucellosis
b. Leprosy
c. Gonorrhea
d. Syphilis
e. Herpes Simplex
f. Trachoma
g. Leishmaniasis (Cutaneous, Visceral)
h. Tuberculosis (Extra pulmonary)
i. Any other Venereal Disease

4.7.4 Diseases to be reported after final diagnosis with pertinent results attached:

a. Amoebiasis
b. Hepatitis A, B, and C
c. Erysipelas
d. Salmonellosis
e. Influenza
f. Meningitis
g. Malaria
h. Brucellosis
i. Scarlet Fever
j. Syphilis
k. Shigellosis
l. Gonorrhea
m. Tuberculosis.

ف. السعال الديكي
س. التهاب الكبد الفيروسي (أ) و(ب) و(ج) والغير محدد

4.7.3 الأمراض الواجب الإبلاغ عنها أسبوعياً:

أ. الحمى المتموجة
ب. الجذام
ج. مرض السيلان
د. الزهري
ه. الهربس البسيط
و. التراخوما
ز. داء الليشمانيات (الجلدي، الحشوي)
ح. مرض السل (خارج الرئة)
ط. أي مرض آخر تناسلي

4.7.4 الأمراض الواجب الإبلاغ عنها بعد التشخيص النهائي مع إرفاق النتائج:

أ. الأميبا
ب. التهاب الكبد الفيروسي (أ) و(ب) و(ج)
ج. الحمرة (التهاب جلدي)
د. السالمونيلا
ه. الإنفلونزا
و. التهاب السحايا
ز. الملاريا
ح. الحمى المتموجة
ط. الحمى قرمزية
ي. الزهري
ك. داء الشيغيلات
ل. مرض السيلان
م. مرض السل.

4.7.5 **الإبلاغ عن حالات التفشي:**

عند ظهور أي مجموعة من الأمراض التي يمكن ان تشغل الرأي العام أو ظهور الأمراض الغير عادية يجب أن يتم إبلاغ السلطات الصحية المحلية. ويتم القيام بهذا الاجراء سواءً كانت هذه الأمراض مدرجة أو غير مدرجة في قائمة الأمراض الواجب الإبلاغ عنها رسميا في المنطقة

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Mechanism for reporting infectious diseases to the Ministry of Health آلية الابلاغ عن الأمراض المعدية لوزارة الصحة	Page 6 of 7
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-058EA (2)	Replaces No.: IC-APP-058EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.7.5 **Reporting of Outbreaks:**

Any cluster of illness which maybe of public concern and/ or any occurrence of unusual diseases must be reported to the local health authority. This is to be done whether they are included or not in the list of diseases officially reportable in the local region and/ or whether they are well known identified disease, indefinite or unknown clinical entity.

المحلية وسواءً كانت هذه الأمراض معروفة جيداً أو غير محددة الهوية.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Infection Control Head:

5.1.1 To ensure that all data submitted by the practitioner are accurate & to timely notify (fax) the Health Office of Preventive Medicine in the Primary Health Care.

5.2 Infection Control Practitioner:

5.2.1 To collect the results of investigations.

5.2.2 To gather the patient demographic data.

5.2.3 To prepare reports for the Infection Control Head.

5.2.4 To send notification to the health office of preventive medicine in the primary health care & to the National Program for TB control in TB Center.

5.3 Laboratory personnel:

5.3.1 To accurately detect & communicate with the relevant clinical department.

5.3.2 To notify IC department about any notifiable disease.

5- المسئوليات:

5.1 رئيس قسم مكافحة العدوى:

5.1.1 يقوم بالتأكد من أن جميع البيانات المقدمة من الممارس دقيقة والابلاغ في الوقت المناسب (أو الارسال بالأميل الرسمي) لمكتب الطب الوقائي في الرعاية الصحية الأولية.

5.2 ممارس مكافحة العدوى:

5.2.1 يقوم بجمع نتائج التحقيقات.

5.2.2 جمع البيانات الديموغرافية المريض.

5.2.3 إعداد تقارير لرئيس قسم مكافحة العدوى.

5.2.4 إرسال الإخطارات إلى مكتب الطب الوقائي في الرعاية الصحية الأولية وإلى البرنامج الوطني لمكافحة السل في مركز السل.

5.3 العاملين في المختبر:

5.3.1 الكشف بدقة والتواصل مع الأقسام ذات الصلة.

5.3.2 إخطار مكافحة العدوى عن أي مرض يجب الإبلاغ عنه.

6- FORMS:

6.1 None

6- النماذج:

6.1لا يوجد

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Mechanism for reporting infectious diseases to the Ministry of Health** **آلية الابلاغ عن الأمراض المعدية لوزارة الصحة**	**Page 7 of 7**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-058EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-058EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Inc. (APIC) Text of Infection Control and Epidemiology Revised Edition 2005.

7.2 MOH guideline 2002

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: IC Staff العاملين بمكافحة العدوى	Title: Healthcare Associated Infection Surveillance استقصاء العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية	Page 1 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-IPP-002EA(2)	Replaces No.: IC-IPP-002EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To outline the essential elements for healthcare associated infection (HAI) surveillance activities and succinctly describe the traditional surveillance methodology at PHCC.

1- الغرض:

1.1 تحديد العناصر الأساسية لكيفية التعامل مع مخاطر الإصابات المتعلقة بحالات الاستقصاء الوبائي في مراكز الرعاية الصحية الأولية وشرح منهجية الاستقصاء الوبائي داخل مراكز الرعاية الصحية.

2- DEFINITIONS:

2.1 Surveillance: is a systematic method for continuous monitoring of diseases in a population, in order to be able to detect changes, analyze the data, disseminate the results and put into practice effective prevention and control mechanisms.

2- التعريفات:

1.2 الاستقصاء الوبائي: طريقة منهجية لقياس مدى انتشار الأمراض في مجتمع معين وتحليل النتائج واستخدام المعلومات من أجل تقديم خدمات علاجية ووقائية أفضل.

2.2 **Healthcare associated infection (HAI):**
Are a localized or systemic conditions that result from adverse reaction to the presence of an infection agent(s) or toxin(s) that patients acquired during the course of receiving treatment for other condition or that health care workers acquire while performing their duties within a healthcare setting. the term (HAI) is used to refer to infections associated with healthcare delivery in any setting (e.g., hospitals, long term care facilities, ambulatory settings, home care and primary health care)

2.2الاصابات المتعلقة بالرعاية الصحية:
هي حالة صحية عامة أو خاصة تحدث نتيجة العديد من العوامل بدأ من ظهور أثار جانبية للتعرض لمؤثرات معينة حتى الإصابة بالتسمم أو العدوى التي اكتسبها المرضى أثناء تلقي العلاج لحالة أخرى أو التي يكتسبها العاملين في مجال الرعاية الصحية أثناء أداء واجباتهم داخل مراكز الرعاية الصحية يستخدم المصطلح أيضا للإشارة إلى العدوى المصاحبة لمرافق للرعاية الصحية في أي مكان مثل: (المستشفيات, المرافق الاسعافية, الرعاية المنزلية والرعاية الصحية الأولية)

2.3 **Community acquired infection:**
Any infection acquired in the community, that is contrasted with those acquired in a health care facility. An infection would be classified as community-acquired if the patient had not recently in a health care facility or been in contact with someone who had been recently in health care facility.

3.2العدوى المكتسبة من المجتمع:
أي عدوى يتم اكتسابها من المجتمع ويتم تصنيفها تحت هذا المسمى في حالة لم يكن المريض في أحد مرافق الرعاية الصحية مؤخراً أو كان على اتصال مع شخص كان مؤخراً في مرافق الرعاية الصحية.

3- POLICY:

3.1 Identify measures which are required in case of any alert organisms or alert conditions that may give rise to outbreaks in order to allow timely investigation and control and identify some surveillance measured to reduce spread of infection inside and outside PHC.

3- السياسات:

1.3 تحديد إجراءات التقصي المطلوب اتخاذها في حالة ظهور مؤشرات قد تؤدي إلى ظهور حالات تفشي وبائي وتحديد الإجراءات الاستقصائية الواجب اتخاذها للحد من انتشار العدوى داخل وخارج المراكز الصحية.

4- **PROCEDURES**:

4.**1Data collection:**

4.1.1 if Infection Prevention and Control Team notice clusters of cases from any of the Specific alert organisms/conditions (attachment 1)
infection control professional (ICP) or other trained person screen data sources for (HAI)
data collection sources include:
I) infection control team rounds
ii) Clinical Record reviews
iii) Laboratory report reviews
iv) Medication/Pharmacy report reviews
v) Notifications by medical and nursing staff

4.1.2 Some of the alert conditions should be reported frequently according to notification system of infectious diseases in Saudi Arabia (attachment 2).

4.1.3 some of the data will be collected, analyzed and reported using a standardized format (paper or computerized) as available through the local notification system (attachment 3)

4.1.4 For any other events without special format, the report should include the following information: demographic data which includes: name, date of birth, nationality, and gender plus PHC identification number.

4.1.5 Infection data: onset date, site of infection, patient care location, intrinsic and extrinsic risk factor, and previous negativity (review health record)

4.1.6 Laboratory data: name of pathogen, serology, any other special test (if used

4.1.7 Radiographic/imaging result (e.g. x-ray, ultra sound, etc.) (if used)

4.1.8 To evaluate the PHC team regarding the information and applicability of infection control measures in the primary health care center we will use the infection control tracer survey tool (attachment 4) as follow:
6-1-8-an apply survey tool for all medical staff as primary evaluation

4- **الإجراءات:**

1.4 **جمع المعلومات:**

1-1.4 عند ملاحظة فريق مكافحة العدوى ظهور مجموعة من الحالات أو الإصابات لأحد الأمراض (مرفق 1) خلال فترة زمنية قصيرة فان مسئول مكافحة العدوى بالمركز أو شخص أخر من الفريق مدرب على جمع المعلومات يبدأ مرحلة التحقق من الإصابة من خلال التالي:
1-جولات الفريق داخل المركز
2-مراجعة الملف الطبي
3-مراجعة النتائج المخبرية
4-مراجعة التقارير الدوائية والصيدلانية
5-الملاحظات الطبية من قبل الأطباء والتمريض

2-1.4 بعض الحالات التي تظهر تخضع لنظام التبليغ المعمول به في دليل التبليغ السعودي (مرفق2).

3-1.4 استخدام نظام كمبيوتري أو النماذج الورقية المعتمدة لجمع وتحليل المعلومات المتعلقة بالحالات الخاضعة لنظام التبليغ (مرفق3)

4-1.4 للحالات التي ليس لها نماذج معتمدة للتسجيل فيجب أن يتضمن التقرير المعلومات التالية: اسم المريض, تاريخ الميلاد,الجنسية, الجنس ورقم الملف

5-1.4 معلومات متعلقة بالإصابة : تاريخ الإصابة, مكان الإصابة, مكان تلقي الرعاية, العوامل الداخلية والخارجية المؤدية لحدوث الإصابة والإثباتات الطبية السليمة سابقا أن وجدت (مراجعة الملف الصحي)

6-1.4 المعلومات المخبرية: نوع الميكروب, التحليل السيرولوجي المستخدم وأي تحاليل مخبرية أخرى تم استخدامها

7-1.4 نتائج التصوير بالأشعة أو الموجات الصوتية اذا تم استخدامها

8-1.4 لتقييم فريق الرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بالمعلومات وتطبيق تدابير مكافحة العدوى في مراكز الرعاية الصحية الأولية يتم استخدام الدراسة الاستقصائية لمكافحة العدوى كأداة (مرفق 4)
6-1-8-ا يتم تطبيق الاستقصاء على كل الممارسين الصحيين في المركز

6-1-8-b start doing Lectures and practical training in the center about the rules of apply infection control measures and for all employees in the PHCC

6-1-8-ب يليه البدء بعمل محاضرات وتدريب عملي في المركز حول قواعد تطبيق تدابير مكافحة العدوى لجميع العاملين في المركز

6-1-8-c reevaluate after a period of time depend on the number of staff and training schedule

6-1-8-ج إعادة التقييم بعد فترة من الزمن تعتمد على عدد الموظفين والجدول الزمني للتدريب

4.1.9 regarding surveillance of general environment in healthcare facilities apply Survey assessment of environmental cleanliness (attachment 5):

4.1.9 بشأن الاستقصاء البيئي في مرافق الرعاية الصحية يتم تطبيق استبيان تقيم نظافة البيئة (مرفق 5):

6-1-9-a Work on change and improve the indicators which have defect during a certain period of time determined by the infection control team within the Centre

6-1-9-ا العمل على إحداث تغيرات وتحسين المؤشرات التي بها خلل خلال فترة زمنية معينة تحدد من قبل فريق مكافحة العدوى داخل المركز

6-1-9-b reevaluate the environment by apply Survey assessment of environmental cleanliness

6-1-9-ب إعادة التقييم من خلال تطبيق استبيان تقيم نظافة البيئة

4.2 **Denominator data collection;**

4.2 جمع المعلومات الإحصائية:

4-2-1 Assigned trained personnel other than ICP to collect denominator data

4-2-1 تكليف موظفين مدربين بخلاف مشرف مكافحة العدوى لجمع البيانات

4-2-2 Counts of daily total number of patients in different patient care area of PHCC

4-2-2 حساب إجمالي عدد المرضى يوميا في مختلف أقسام المركز

4-2-3 Sums these daily counts at the end of the surveillance period for use as denominators

4-2-3 جمع هذه الأعداد اليومية لاستخدامها في نهاية فترة الاستقصاء كمرجع

4.3 **Data analysis: by (ICP)**

4.3 تحليل المعلومات: ويتم بواسطة مشرف مكافحة العدوى:

4-3-1 Select the patient population for analysis {Denominators: the number of patients at risk of acquiring HAI}

4-3-1 اختيار عينة المرضى المستهدفة للتحليل { القواسم (المقامات): عدد المرضى المعرضين لخطر اكتساب العدوى}

4-3-2 Selects the infection or events to be used in numerator (patient specific, site specific, time specific) {Numerator: numbers of infections or infected patients observed}

4-3-2 تحديد الإصابة أو الحدث المتعلقة بالفئة المستهدفة والمستخدم للمقارنة (مثال: ارتباط العدوى أو الإصابة بالمريض، ارتباط العدوى بالمكان، ارتباط العدوى بالزمن) { ويمثلها البسط: عدد الإصابات الملاحظة لحالات معينة أو عدد المرضى لحالات معينة}

4-3-3 Put the result of data collected into rate and ratios according to selected period of time for analysis

4-3-3 وضع نتيجة البيانات التي تم جمعها في معدلات ونسب وفقا لفترة محددة من الوقت

4-3-4 Denominator of the rate on which the statistical data will be based depend upon the type of surveillance employed, the initial focus will be on:
infection rates, location, organism specific (proportions)

4-3-4 تحليل البيانات الإحصائية يعتمد على نوع الاستقصاء المستخدم ويكون التركيز المبدئي على:
حساب معدل الإصابة بالنسبة للمرضى، حساب معدل الإصابة بالنسبة للموقع، حساب معدل الإصابة بالنسبة لنوع الميكروب

4-3-5 calculation of infection rates:

4-3-5 حساب معدلات الإصابة:

4-3-5-1 Incidence rate = numerator/denominator x к

4-3-5-1 معدل الإصابات الجديدة =
البسط / القواسم (المقام) x к
К = عامل ثابت يساوي 10 ويختلف باختلاف النسبة

K = constant that is multiple of 10.0, is different for different rates.

4-3-5-2 Overall monthly infection rate(%) = total number of HAI/ total number of patients x 100

2-5-3-4 معدل الإصابات الشهري الكلي (%) = مجموع الإصابات / المجموع الكلي لعدد المرضى x**100**

4.**4 Reporting surveillance outcome:**

4-4-1 All the reports to PHC authority should be done through the infection control department

4-4-2 conceder confidentiality when disseminating outcome to concerned units or departments

4-4-3 Employee illnesses will be reported by the staff health clinic

4.4الإبلاغ عن نتائج الاستقصاء :

4-4-1 جميع التقارير ينبغي رفعها للرعاية الصحية الأولية من خلال قسم مراقبة العدوى

4-4-2 ينبغي تحري السرية عند تبليغ النتائج إلى الوحدات المعنية أو الإدارات

4-4-3 حالات الإصابة للعاملين الصحيين يتم رصدها وتسجيلها من قبل عيادة الموظفين

5- RESPONSIBILITIES

5.1 PHC population: patients, relatives, visitors, health care workers, contractors, and students.

5- المسئوليات:

1.5 مجتمع الرعاية الصحية الأولية من مرضى، مرافقين زوار، عاملين، ومتدربين.

6- FORMS used – Resources needed:

6.1 form of the local notification system.
specific alert organisms

6-2 manual of notification of infectious diseases

6-3 infection control tracer survey tool

6-4 Survey assessment of environmental cleanliness

6- النماذج المستخدمة / الموارد المطلوبة:

1.6 النماذج المتعلقة بالحالات الخاضعة لنظام التبليغ.

2.6قائمة الكائنات الدقيقة المسببة للأمراض

3-6 دليل التبليغ السعودي (كتاب الأدلة الإرشادية في المراقبة الوبائية 2007)

4-6 الدراسة الاستقصائية لمكافحة العدوى

4-6 استبيان تقيم نظافة البيئة

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 surveillance policy (NHS)report 2008.
7-2 infection control surveillance procedure WCDHB-IC-0020
7-3 surveillance policy (NHS)report 2009.
7-4 CDC/NHSN surveillance definitions of HAI and criteria for specific type of infection in acute care sitting.
7-5 king Fahad hospital surveillance of health care associated infections policy and procedure.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Construction & Renovation Guidelines** **المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى في مشاريع البناء**	**Page 1 of 5**
Department:	**Policy Number: IC-APP-057EA (21)**	**Replaces No.: IC-APP-057EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To ensure that the infection prevention and control risk assessment, interventions and control practices are incorporated into the planning, construction and renovation in the health care setting by defining the steps and precautions compliant to infection prevention and control procedures.

1.2 To eliminate infection and environmental hazards that poses danger to personnel in all patients' healthcare setting.

1. الغرض:

1.1 لضمان أن يتم إدراج تقييم المخاطر والتدخلات والممارسات الخاصة بمكافحة العدوى في عمليات التخطيط وأعمال البناء والتحديث في منشأة الرعاية الصحية عن طريق تحديد الخطوات والاحتياطات المتوافقة مع اجراءات مكافحة العدوى.

1.2 للقضاء على العدوى والمخاطر البيئية التي تشكل خطراً على العاملين في مجال الرعاية الصحية للمرضى.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Dumpster:**
is a large steel waste receptacle designed to be emptied into garbage trucks?

2.2 **High Efficiency Particulate Air**:
(HEPA filter) or high efficiency particulate air filter is a type of high-efficiency air filter that can remove at least 99.97% of airborne particles, 0.3 micrometers (um) in diameter.

2.3 **Heating, Ventilating, and Air Conditioning (HVAC): system,**
which is important in the design of the building and offices where safe, and health building conditions are regulated with temperature and humidity as well as fresh air from outdoors.

2. التعريفات:

2.1 سلة المهملات:
ووعاء نفايات صلب كبير مصمم للتفريغ في شاحنات القمامة.

2.2 فلتر جسيمات الهواء عالي الكفاءة:
(هيبا فلتر) هو نوع من فلاتر الهواء ذات الكفاءة العالية التي يمكن إزالة ما لا يقل عن 99.97٪ من الجسيمات العالقة في الهواء، قطرها 0.3 مايكرومتر (um).

2.3 نظام التدفئة والتهوية، وتكييف الهواء (HVAC):
وهو أمر مهم في تصميم المبنى والمكاتب ينظم شروط بناء آمنة وصحية، مع تنظيم درجة الحرارة والرطوبة، وكذلك الهواء النقي من الخارج.

3- POLICY:

3.1 Infection Prevention and Control Department shall be involved and pre- informed of all current and future construction activities in all health care sitting

3.2 Infection Prevention and Control Department shall be an active member in any construction /renovation projects team where they will play a major role in providing education to workers and staff involved in the project to ensure that preventive measures are outlined, implemented all phases of projects and maintained.

3- السياسات:

3.1 يجب أن يشارك قسم مكافحة العدوى ويتم إبلاغه مقدماً بجميع أنشطة البناء الحالية والمستقبلية في جميع مرافق الرعاية الصحية.

3.2 يجب على قسم مكافحة العدوى أن يكون عضواً نشيطاً في الفريق أثناء جميع مراحل مشاريع البناء / التحديث حيث سيلعب دوراً رئيسياً في توفير التعليم للعمال والموظفين العاملين في المشروع للتأكد من أن التدابير الوقائية محددة ومنفذة.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Construction & Renovation Guidelines** **المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى في مشاريع البناء**	**Page 2 of 5**
Department:	**Policy Number: IC-APP-057EA (21)**	**Replaces No.: IC-APP-057EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4- PROCEDURES:

4.1 PRECONSTRUCTION PREVENTIVE MEASURES

4.1.1 The Infection Prevention and Control Department is to be consulted to provide information on infection and environmental control risk assessment in all current and future construction activities in the PHC.

4.1.2 An infection control practitioner should identify the following

4.1.2.1 the type:

<u>Type A</u>: inspection and Non – invasive activities

<u>Type B</u>: small scale short duration activities which create minimal dust

<u>Type C</u> work that generates moderate to high level of dust or demolition

<u>Type D</u>: major demolition and construction project

4.1.2.2 An infection control practitioner should identify the <u>patient risk groups</u> that will be affected

Group 1: office areas-non patient areas

Group 2 patient areas

4.1.2.3 An infection control practitioner should march the patient risk groups and construction project activities type to find class of precautions (see appendix ic matrix-description IC precautions class)

4.1.3 Infection control practitioner performs the following:

1. Assess the plan to include adequate number of hand washing sinks.
2. Assess the plan relative to clean and soiled utility rooms.
3. Discuss the traffic flow, housekeeping, debris removal (how and when) with the project team.
4. Educate project managers and contractors who in turn will ensure that the construction workers receive the appropriate education.
5. Clearly outline the infection control practitioner authority to stop construction

4- <u>الإجراءات</u>:

4.1 التدابير الوقائية قبل بداية المشروع

4.1.1 يجب ان **يتم** استشارة قسم مكافحة العدوى لتقديم معلومات عن العدوى وتقييم المخاطر البيئية في جميع أنشطة البناء الحالية والمستقبلية في مركز الرعاية الصحية الأولية.

4.1.2 تتضمن المعلومات الواجب تقديمها من قبل ممارس مكافحة العدوى ما يلي:

4.1.2.1نوع النشاط:

A: أنشطة سطحية غير منفذة

B) الأنشطة لفترة قصيرة و تولد الحد الأدنى من الغبار

C أنشطة تولد مستوى متوسط إلى مستوى عال من الغبار أو هدم

D: أنشطة تتطلب هدم الكبرى ومشروع البناء

4.1.2.2يجب على ممارس مكافحة العدوى تحديد الفئات المعرضة للخطر :

المجموعة **1**: المناطق غير الرعاية المرضى

المجموعة 2:
مناطق رعاية المرضى

4.1.2.3 يجب على ممارس مكافحة العدوى مطابقة الفئات المعرضة للمخاطر وأنشطة مشروع البناء لتحديد الاحتياطات اللازمة (انظر المرفق رقم A).

4.1.3 يقوم ممارس مكافحة العدوى بتنفيذ ما يلي:

1. تقييم الخطة لتشمل عدد كاف من المصارف لغسل الأيدي.
2. تقييم الخطة بالنسبة لغرف المهمات النظيفة والمتسخة.
3. مناقشة تدفق حركة المرور، والنظافة ، وإزالة الأنقاض (كيف ومتى) مع فريق المشروع.
4. تثقيف مديري المشروع والمقاولين وهم بدورهم سوف يضمنون تلقي عمال البناء التثقيف المناسب.
5. يجب منح ممارس مكافحة العدوى الصلاحية المعتمدة لوقف مشروع البناء في حالة وجود مخالفات في إجراءات الوقاية التي تعرض المرضى والعاملين للإصابة بالعدوى

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Construction & Renovation Guidelines** **المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى في مشاريع البناء**	**Page 3 of 5**
Department:	**Policy Number: IC-APP-057EA (21)**	**Replaces No.: IC-APP-057EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

project if the breaches in prevention measures arise that may expose patient and personnel to infection

4.1.4 Multidisciplinary team be established (infection control, environmental health control, safety engineering) to cooperate demolition, construction and renovation projects.

4.2 CONSTRUCTION PREVENTIVE MEASURE:

4.2.1 Seal all windows, doors, air intake and exhaust vents should be sealed in areas of the center, adjacent to buildings that are going to be demolished to prevent air leaks into patient care areas.

4.2.2 Create a dust barrier from the floor to the ceiling and edges sealed.

4.2.3 Ensure that air from construction/renovation areas is not re-circulated to other areas of the facility.

4.2.4 Place a moist carpet inside the entrance of the construction zone to trap dust.

4.2.5 Clean the carpet daily or when visibly soiled.

4.2.6 Place dust mat at entrance and exit of work area.

4.2.7 Protective clothing is to be worn by construction workers in the construction zone because of the high concentration of dust.

4.2.8 All personnel entering the work site are required to wear shoe cover, and must be removed each time they will exit.

4.2.9 Clean the construction zone daily using a wet mop technique.

4.2.10 Enclose the used supplies and equipment in covered containers when being transported out of the area to prevent spillage.

4.2.11 Place adequate signage in the construction area.

4.3 POST CONSTRUCTION PREVENTIVE MEASURES:

4.3.1 Thoroughly clean the construction zone, including all horizontal surfaces, before the barrier is removed.

4.3.2 Clean the construction zone after the barrier is removed and before patients are readmitted to the area. Allow time for all dust to settle before doing final cleaning.

4.1.4 ا يتم تكوين فريق متعدد التخصصات (من مكافحة العدوى ومهندسي سلامة،) للتعاون في مراقبة مشاريع الهدم والبناء والتحديث.

4.2 **التدابير الوقائية أثناء المشاريع:**

4.2.1 قم بإغلاق جميع النوافذ والأبواب ومنافذ الهواء وفتحات الشفط بإحكام في جميع مناطق المركز، والمناطق المتاخمة للمباني التي على وشك الهدم لمنع تسرب الهواء إلى مناطق رعاية المريض.

4.2.2 قم بإنشاء حاجز للغبار من الأرض إلى السقف وتأكد من أن أطراف الحاجز مغلقة بإحكام.

4.2.3 التأكد من عدم اعادة دوران الهواء من منطقة البناء / التحديث الى المناطق الأخرى من المرفق.

4.2.4 وضع سجادة رطبة داخل غرفة المدخل وداخل المدخل المؤدي للمنطقة لتصيد الغبار.

4.2.5 قم بتنظيف السجادة يوميا أو عندما تكون متسخة بشكل واضح.

4.2.6 وضع حصيرة الغبار في مكان الدخول والخروج من منطقة العمل.

4.2.7 يقوم عمال البناء بارتداء ملابس واقية في منطقة البناء بسبب ارتفاع تركيز الغبار.

4.2.8 يجب على جميع الموظفين الذين يريدون دخول موقع العمل ارتداء غطاء للحذاء، ويجب إزالته كل مرة عند الخروج.

4.2.9 قم بتنظيف منطقة البناء يومياً باستخدام ممسحة رطبة.

4.2.10 يتم وضع اللوازم والمعدات المستعملة في حاويات مغطاة عند نقلها الى خارج المنطقة لمنع التسرب.

4.2.11 قم بوضع لافتات كافية في مناطق البناء والتشييد.

4.3 **التدابير الوقائية بعد انتهاء المشاريع:**

4.3.1 قم بتنظيف منطقة البناء بدقة، بما في ذلك جميع الأسطح الأفقية، قبل أن يتم إزالة الحاجز.

4.3.2 قم بتنظيف منطقة البناء بعد إزالة الحاجز وقبل إعادة قبول المرضى في المنطقة. قم بإتاحة الوقت للغبار للاستقرار قبل القيام بالتنظيف النهائي.

4.3.3 يقوم فريق مكافحة العدوى بالتحقق من نظافة المنطقة قبل زيارة المرضى للمنطقة مرة أخرى.

4.3.4 التأكد من أن لجنة المشروع المتعددة التخصصات أو المكلف بالمشروع قامت بإجراء مسح شامل نهائي لضمان

4.3.3 Infection Control checks the area before patients visit to the finished area.

4.3.4 Ensure that multidisciplinary project committee or designate conducts a final walk through to ensure ventilation system is functioning properly in construction zone and adjacent area.

4.3.5 Flush water lines prior to use if they were disrupted.

4.3.6 If there are concerns about Legionella, consider hyperactive chlorinating stagnant water or superheating and flushing all distal sites before restoring or depressurizing the water system.

4.3.7 Disinfect unused cooling towers and water supply in unoccupied portions of building before they are put to use.

4.3.8 Assess hot water temperature to determine that it meets the standards set by the center.

4.3.9 Ensure that multidisciplinary project committee or designate evaluates the preventive measures and reviews their effectiveness for any problems and positive outcomes.

4.3.10 Fungal air samples will be obtained by Infection Control Department when appropriate and the area has been thoroughly cleaned and inspected by Housekeeping and by Infection Control.

1. Fungal air sample will be taken by the Infection Control Department before opening the area.
2. Areas are opened if the culture is negative.
3. The area is not opened if the culture is positive. Cleaning repeated then another re-culturing is to be done by the Infection Control Department.
4. If the repeated culture is proven negative, the area is to be opened for operation after clearance from the Infection Control Department is obtained.

أن نظام التهوية يعمل بشكل صحيح في منطقة البناء، والمنطقة المتاخمة.

4.3.5 قم بدفع المياه في خطوط المياه قبل استخدامها إذا كانت متوقفة عن العمل.

4.3.6 إذا كانت هناك مخاوف من وجود بكتيريا الليجو نيلا، يتم اضافة المزيد من الكلوريد في المياه الراكدة أو تسخين وتنظيف كل الأنابيب البعيدة قبل استعادة نظام المياه أو اعادة الضخ.

4.3.7 قم بتطهير أبراج التبريد غير المستخدمة، وإمدادات المياه في أجزاء البناء الغير مأهولة قبل استخدامها.

4.3.8 قم بتقييم درجة حرارة الماء الساخن لتحديد ما إذا كانت تفي بالمعايير التي وضعها المركز.

4.3.9 التأكد من أن لجنة المشروع المتعددة التخصصات أو المكلف بالمشروع قد قامت بتقييم التدابير الوقائية، واستعراض فعاليتها لحل أية مشاكل والنتائج إيجابية.

4.3.10 يتم الحصول على عينات من الهواء لتحليل الفطريات بواسطة قسم مكافحة العدوى عندما يكون ذلك مناسبا، وبعد تنظيف المنطقة وفحصها من قبل قسم النظافة وقسم مكافحة العدوى.

1. يتم أخذ عينة الهواء لتحليل الفطريات عن طريق قسم مكافحة العدوى قبل فتح المنطقة.
2. يتم فتح المناطق إذا كانت نتيجة المزرعة سلبية.
3. لا يتم فتح المنطقة إذا كانت نتيجة المزرعة إيجابية. يتم اعادة التنظيف ثم إعادة المزرعة مرة أخرى عن طريق قسم مكافحة العدوى.
4. إذا كانت نتيجة المزرعة سلبية دائماً، يتم فتح المنطقة بعد الحصول على تصريح من قسم مكافحة العدوى.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Construction & Renovation Guidelines** **المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى في مشاريع البناء**	**Page 5 of 5**
Department:	**Policy Number: IC-APP-057EA (21)**	**Replaces No.: IC-APP-057EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 The multidisciplinary team is responsible in planning, implementing, preventing measures for the duration of the construction project and in establishing clear lines of communications among all concerned to ensure patient safety

5- المسئوليات:

1.5 الفريق متعدد التخصصات (مكافحة العدوى, الجودة, السلامة, النظافة)هو المسؤول عن التخطيط والتنفيذ، واتخاذ التدابير الوقائية خلال مدة مشروع البناء ووضع خطوط واضحة للاتصالات بين جميع الأطراف المعنية لضمان سلامة المرضى.

6- FORMS:

6.1 None

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع):

7.1 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. Chapter 108 Construction and Renovation, Revised 2004, pp. 108-1 to 108-16.

7.2 The Role of Infection Control during Construction in Healthcare Facilities; AJIC (American Journal of Infection Control) Vol. 28:156-169.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: HCW Exposure to Open Tuberculosis** **تعرض العاملين بالرعاية الصحية للدرن الرئوي المعدي**	**Page 1 of 7**
Department:	**Policy Number: APP-SHC-032 (2)**	**Replaces No.: APP-SHC-032 (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1 To establish a procedure for identifying and reducing the risk for transmission of tuberculosis to Healthcare Workers (HCWs) who work in patient care areas.

1- الغرض:

1.1 لوضع إجراء لتحديد وتقليل مخاطر انتقال مرض السل إلى العاملين في الرعاية الصحية الذين يعملون في مناطق الرعاية الصحية للمرضى.

2- DEFINITIONS:

2.1 **TB:** Tuberculosis is a disease caused by bacteria called Mycobacterium tuberculosis. The bacteria usually attack the lungs. But, TB bacteria can attack any part of the body such as the kidney, lymph node, spine, and brain. TB is spread through the air from one person to another when a person with active TB disease of the lungs or throat coughs, sneezes, or speaks.

2.2 **PPD:** Stand for Purified Protein Derivative which is the skin test that used to detect latent TB infection, to detect recent infection (as shown by conversion of the Monteux from negative to positive) and as part of the diagnosis of TB disease.

2.3 **Latent Tuberculosis Infection (LTBI):** Infection with *M. tuberculosis* without symptoms or signs of the disease.

2.4 **Tuberculin test conversion:** An increase in reaction size of 10 mm or more within a 2-year period, regardless of age.

2.5 **AFB:** Acid Fast Bacilli.

2.6 **SHC:** Staff Health Clinic.

2.7 **LFT:** Liver Function Test.

2.8 **INH:** Isoniazid.

2- التعريفات:

2.1 **السل:** مرض تسببه بكتيريا تسمى المتفطرة السلية. تقوم هذه البكتيريا عادة بمهاجمة الرئتين .ولكن يمكن أن تهاجم البكتيريا المسببة للسل أي جزء من الجسم مثل الكلى، والعقدة الليمفاوية، والفقرات، والمخ. وينتشر مرض السل عن طريق الهواء من شخص إلى آخر .تتعلق هذه البكتيريا في الهواء عندما يقوم الشخص المصاب بالسل النشط في الرئتين أو الحلق بالسعال، أو العطس، والتحدث. وتظل البكتريا معلقة بالهواء لعدة ساعات.

2.2 **PPD** : يشير هذا الاختصار الى مشتق بروتيني منقى الذي هو اختبار الجلد الذى يستخدم للكشف عن عدوى السل الكامنة، للكشف عن الإصابة الحديثة (كما يتضح من تحول اختبار مانتو من سلبي إلى إيجابي) ، وكجزء من تشخيص مرض السل.

2.3 **عدوى السل الكامنة:** العدوى بمرض السل من دون وجود أعراض أو علامات المرض.

2.4 **تحول اختبار السل:** زيادة في مساحة رد الفعل (في اختبار السل) من 10ملم أو أكثر خلال مدة سنتين، بغض النظر عن العمر.

3- POLICY:

3.1 The staff clinic doctor performs a tuberculosis test PPD screening test (Monteux test) upon appointment and annually for all employees.

3.2 All PPD tests should be administered, read, and interpreted in accordance with current guidelines by designated, trained personnel. PPD test results should be read between 48 and 72 hours after injection.

3.3 PPD test results should be recorded confidentially in the individual's staff health record and in an aggregate database of all employee PPD test results.

3- السياسات:

3.1 يقوم طبيب عيادة الموظفين بعمل اختبار فحص السل (اختبار مانتو) عند التعيين وسنوياً لجميع الموظفين.

3.2 ينبغي أن يتم عمل جميع اختبارات السل وقراءتها وتفسيرها وفقا لأحدث المبادئ التوجيهية من قبل أشخاص معينين ومدربين. وينبغي قراءة نتائج اختبار السل بين 48 و72 ساعة بعد الحقن.

3.3 يجب أن تسجل نتائج اختبار السل سراً في قاعدة بيانات السجل الصحي للموظف، كما يتم تجميع نتائج اختبار السل لجميع الموظفين.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمراكز**	**Title: HCW Exposure to Open Tuberculosis** **تعرض العاملين بالرعاية الصحية للدرن الرئوي المعدي**	**Page 2 of 7**
Department:	**Policy Number: APP-SHC-032 (2)**	**Replaces No.: APP-SHC-032 (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.4 Employees with positive PPD test results should have a chest radiograph as part of the initial evaluation of their PPD test. Repeat chest radiographs are not needed unless symptoms develop that could be attributed to TB.

3.5 Information regarding employee PPD conversions and TB disease shall be forwarded to the department where the employee is working and to Medical Director.

3.6 HCWs with 6.3 Health care workers with pulmonary or laryngeal TB are excluded from work until the infection control department decides to return them after being officially informed.

3.7 All exposed employees whose PPD skin test reaction induration diameter is >10 mm or who report any symptoms consistent with TB disease should be referred to hospital chest clinic for further evaluation and diagnostic testing.

3.8 Employee coming in contact with culture positive- smear negative patients will be approached and managed as for contacts of smear positive cases.

3.9 Educating staff and dependents about the means of transmission of the disease through infection control and the medical director and documenting the education

3.4 ينبغي عمل أشعة سينية للصدر للموظفين الذين لديهم نتائج إيجابية لاختبار السل كجزء من التقييم الأولي. لا يتم تكرار عمل الأشعة السينية للصدر الا في حالة ظهور أعراض يرجح أن تكون مرتبطة بمرض السل.

3.5 تحال المعلومات التي تتعلق بنتائج تحول اختبار السل للموظف إلى القسم الذي يعمل به الموظف والمدير الطبي.

3.6 يتم استبعاد العاملين بالرعاية الصحية المصابين بالسل الرئوي أو سل الحنجرة من العمل حتى تقرر إدارة مكافحة العدوى عودتهم بعد الرفع لها بشكل رسمي.

3.7 العاملون الذين تعرضوا للعدوى وكانت نتيجة اختبار السل لديهم > 10 ملم أو الذين يعانون من أي أعراض تتفق مع مرض السل يتم إحالتهم الى عيادة الصدر بالمستشفى لمزيد من التقييم والاختبارات التشخيصية.

3.8 الموظفون الذين تعرضوا لمرضى ذوي مزرعة إيجابية ولطخة سلبية يتم التعامل معهم مثل المخالطين لحالات لديها لطخة إيجابية.

3.9 يتم تثقيف الموظفين والمعالين عن وسائل انتقال المرض عن طريق مكافحة العدوى والمدير الطبي وتوثيق التثقيف

4- PROCEDURES

4.1 Procedure for performing PPD test:

4.1.1 Inject a standard dose of 5 Tuberculin units (0.1 mL) intradermal (between the layers of dermis) in the volar surface of the left arm to form a 6 to 10 mm wheal (the left arm is used by convention).

4.1.2 **Reading:** Read the reaction 48 to 72 hours later by measuring the diameter of induration (palpable raised hardened area) across the forearm (perpendicular to the long axis).

a. A ballpoint pen is used to draw a line starting 1 to 2 cm away from the induration and moving toward its center. When the pen reaches the margin of the induration, an increased resistance to further movement is felt and the pen is lifted. Mark small dots on both sides of the induration.

b. If there is no induration record as Zero. Erythema (redness) should not be measured.

4- الإجراءات:

4.1 إجراءات أداء اختبار السل:

4.1.1 قم بحقن جرعة قياسية من 5 وحدات السلين (0.1 مل) داخل الجلد (بين طبقات الأدمة) في السطح الخارجي من الذراع الأيسر ليشكل انتفاخ 6 مم إلى 10 (يستخدم الذراع الأيسر اتفاقاً).

4.1.2 **القراءة**: قراءة رد الفعل بعد 48 إلى 72 ساعة من خلال قياس قطر المنطقة الصلبة (منطقة مرتفعة صلبة محسوسة) عبر الساعد (عمودي على محور طولي).

أ. يستخدم قلم لرسم خط بدايةً من 1 إلى 2 سم بعيداً عن التصلب والتحرك نحو وسطها. عندما يصل قلم الى حافة المنطقة الصلبة، يرتفع القلم وتحس بمقاومة متزايدة لحركة القلم. قم بوضع نقاط الصغيرة في كلا الجانبين من المنطقة الصلبة.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: HCW Exposure to Open Tuberculosis** **تعرض العاملين بالرعاية الصحية للدرن الرئوي المعدي**	**Page 3 of 7**
Department:	**Policy Number: APP-SHC-032 (2)**	**Replaces No.: APP-SHC-032 (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

c. Measure the diameter of the induration using a plastic flexible millimeter (mm) ruler. Place the zero ruler line inside the left dot edge and read the ruler line inside the right dot edge. Record the exact measurement in millimeters (mm) of induration. Do not record results as 'positive' or 'negative'

d. If the measurement falls between two divisions on the millimeter scale, record the lower mark.

e. If the margins of induration are irregular, mark and measure the longest diameter across the forearm.

f. Record the date and time the test was read, the name and signature of the person who read the skin test, and the presence or absence of adverse effects.

4.1.3 <u>Interpretation:</u>

a. An **induration of 5 or more millimeters** is positive in

1. HIV-positive person
2. Recent close contacts of infectious TB cases.
3. Persons with nodular or fibrotic changes on chest x-ray consistent with old healed TB
4. Persons receiving immunosuppressive therapy. (e.g., taking the equivalent of >15 mg/day of prednisone for 1 month or longer).

b. An **induration of 10 or more millimeters** is positive in

1. Recent immigrants (less than 5 years) from high-prevalence countries.
2. Injection drug users.
3. Health care workers with exposure to TB.
4. Persons with clinical conditions e.g., silicosis, diabetes, prolonged corticosteroid therapy, leukemia, end-stage renal disease, chronic malabsorption syndromes, low body weight, etc.).

c. An **induration of 15 or more millimeters** is positive in

1. Persons with no known risk factors for TB.

ب. إذا لم يكن هناك منطقة صلبة سجل صفر. لا ينبغي قياس المنطقة المحمرة (الاحمرار).

ت. قم بقياس قطر المنطقة الصلبة باستخدام مسطرة من البلاستيك اللين مرقمة بالملليمتر (مم). ضع خط صفر مسطرة عند نقطة الحافة اليسرى وقم بقراءة خط المسطرة عند نقطة الحافة اليمنى. قم بتسجيل القياس الدقيق للمنطقة الصلبة بالملليمتر (مم). لا تسجل النتائج بأنها "إيجابية" أو "سلبية".

ث. إذا كان القياس يقع بين علامتين على مقياس المليمتر، تسجل العلامة الأدنى.

ج. إذا كانت حافة المنطقة الصلبة غير منتظمة، قم بتعليم وقياس أطول قطر عبر الساعد.

ح. قم بتسجيل تاريخ ووقت قراءة الاختبار، واسم وتوقيع الشخص الذي قرأ اختبار الجلد، ووجود أو عدم وجود آثار ضارة.

4.1.3 **تفسير نتيجة الاختبار:**

أ. **تكون النتيجة ايجابية إذا كانت المنطقة الصلبة أكثر من أو تساوي 5 ملليمترات** في الحالات التالية:

1. شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية.
2. حدوث اتصال قريب بأحد حالات السل المعدية.
3. الأشخاص الذين لديهم تغيرات عقدية أو تليفية في الأشعة السينية للصدر تتفق مع وجود مرض السل ملتئم.
4. الأشخاص الذين يتلقون علاج مثبط للمناعة. (على سبيل المثال، تلقي ما يعادل 15 مجم يومياً من عقار برينيون لمدة 1 شهر أو أكثر).

ب. **تكون النتيجة ايجابية إذا كانت المنطقة الصلبة أكثر من أو تساوي 10 ملليمترات** في الحالات التالية:

1. المهاجرين الجدد (أقل من 5 سنوات) من البلدان التي ينتشر فيها مرض السل.
2. مستخدمي حقن المخدرات.

4.2 **Management of exposed employee:**

4.2.1 Employee's exposure to active pulmonary TB as documented by AFB smears and cultures will be managed by medical director.

4.2.2 Employees who took care of the patient with open TB will be identified by the infection control team, with the help of the head nurse of the involved unit and a list of names of exposed employees will be prepared & sent to SHC.

4.2.3 SHC will inform employees of the need to initiate PPD testing if no recent PPD is documented.

4.2.4 The employees with a history of exposure and a negative PPD will go for two step PPD testing.

a. Two step PPD testing: The employee should have a baseline PPD as soon as possible after exposure unless one is documented as having been given in the past 3 months. A repeat PPD test will be given 10-12 weeks after the last exposure.

4.2.5 The employees with a history of exposure and positive PPD will have clinical evaluation and CXR-

a. If normal clinical evaluation, CXR and ESR i.e. LTBI, **OR** *there* is a history of old TB or finding of old TB on CXR and sputum negative for AFB - Give chemoprophylaxis. i.e. Treat with INH. 300mg Po OD and Vit B6 40mg PO OD for 9 months. Follow up for LFT.

b. If there is history of old TB or finding of old TB on CXR and sputum culture positive OR active TB with sputum culture positive or negative - Refer to chest clinic to treat as active disease.

4.2.6 Employees who are treated for LTBI in the past, do not need routine baseline screening and medical follow up or chest x-ray unless they have symptoms of TB or re-exposed to individuals with open pulmonary TB.

4.2.7 Employees who demonstrate a 10mm increase between any two documented skin tests during a period of 2 years or less will be considered recently infected with TB and managed as PPD converters (same as management of positive PPD test i.e.>10 mm).

3. العاملين في مجال الرعاية الصحية المعرضين لمرض السل.

4. الأشخاص ذوي الحالات السريرية، على سبيل المثال السحار، والسكري، والعلاج بالكورتيزون لفترات طويلة، وسرطان الدم، المرحلة النهائية للمرض الكلوي، متلازمات سوء الامتصاص المزمنة، والنحافة، الخ).

ت. تكون النتيجة ايجابية إذا كانت المنطقة الصلبة أكثر من أو تساوي 15 ملليمتر في الحالات التالية:

1. الأشخاص الذين ليس لديهم أياً من عوامل الخطر المعروفة لمرض السل.

4.2 **التعامل مع الموظفين الذين تعرضوا لمرض السل:**

4.2.1 يتم التعامل مع الموظف الذي تعرض لمرض السل الرئوي النشط والمثبت بلطخات ومزارع ايجابية من قبل المدير الطبي.

4.2.2 يتم تحديد الموظفين الذين يعتنون بمريض بالسل الرئوي المعدي من قبل فريق مكافحة العدوى، بمساعدة رئيسة ممرضات الوحدة، ويتم عمل قائمة بأسماء الموظفين المعرضين وإرسالها إلى عيادة الموظفين.

4.2.3 تقوم عيادة الموظفين بإبلاغ العاملين الحاجة إلى الشروع في اختبار السل في حالة عدم وجود نتيجة حديثة موثقة.

4.2.4 الموظفين الذين لديهم تاريخ من التعرض ونتيجة سلبية لاختبار السل يقوموا بخطوتين من اختبار السل:

أ. اختبار السل بخطوتين: يجب أن يكون لدى الموظف اختبار أساسي للسل في أقرب وقت ممكن بعد التعرض إلا إذا كان قد تم عمل اختبار السل في الثلاثة أشهر الماضية. ويتم تكرار اختبار السل بعد 10-12 أسابيع بعد آخر تعرض.

4.2.5 الموظفين الذين لديهم تاريخ من التعرض ونتيجة إيجابية لاختبار السل يتم عمل التقييم السريري وأشعة سينية للصدر:

أ. إذا كانت نتيجة التقييم السريري وأشعة الصدر وسرعة الترسيب (هذا يعني وجود عدوى سل كامنة) أو كان هناك تاريخ من مرض السل قديم أو

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: HCW Exposure to Open Tuberculosis تعرض العاملين بالرعاية الصحية للدرن الرئوي المعدي	Page 5 of 7
Department:	Policy Number: APP-SHC-032 (2)	Replaces No.: APP-SHC-032 (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.3 Work restriction:

4.3.1 Health Care Workers with active TB will not be allowed to return to work until the Chest Consultant provides written permission to their supervisors allowing them to return. The following criteria must be met for personnel to be cleared to return to work:

a. Adequate therapy has been given.

b. Cough is resolved.

c. Three consecutive negative sputum smears were collected on consecutive days.

4.3.2 Health Care Workers with latent TB or non-laryngeal and non-pulmonary TB infection will be allowed to continue their usual work activities.

وجود علامات مرض سل قديم في أشعة الصدر ونتيجة فحص البلغم سلبية – يتم إعطاء علاج كيميائي للوقاية. (قم بإعطاء العلاج التالي: عقار الأيزونيازيد 300 ملجم مرة واحدة يومياً عن طريق الفم، وفيتامين ب 6 بجرعة 40 ملجم مرة واحدة يومياً عن طريق الفم لمدة 9 أشهر) ويتم متابعة تحاليل وظائف الكبد.

ب. إذا كان هناك تاريخ من مرض سل قديم أو وجود علامات مرض سل قديم في أشعة الصدر ونتيجة فحص البلغم إيجابية أو وجود سل نشط ونتيجة فحص البلغم إيجابية أو سلبية – قم بتحويله الى عيادة الصدر للعلاج كمريض سل نشط.

4.2.6 الموظفون الذين تم علاجهم من عدوى سل كامنة في الماضي، لا يحتاجون إلى فحص روتيني ومتابعة طبية أو أشعة صدر إلا إذا كانوا يعانون من أعراض مرض السل أو تعرضوا مرة أخرى للسل الرئوي المعدي.

4.2.7 الموظفون الذين وجد لديهم زيادة 10 ملم بين أي اختبارين للجلد خلال فترة سنتين أو أقل، يتم اعتبارهم مصابين بمرض السل ويتم التعامل معهم كما يتم التعامل مع النتيجة الايجابية لاختبار السل (نفس التعامل مع الاختبار الايجابي للسل أكثر من 10 ملم).

4.3 قيود العمل:

4.3.1 منسوبي الرعاية الصحية المصابين بالسل النشط لا يسمح لهم بالعودة الى عملهم حتى إحضار إذن من استشاري أمراض صدرية للسماح لهم بالعودة. يجب أن تتحقق المعايير التالية للموظفين لكي يتم السماح لهم بالعودة إلى العمل:

أ. تم تلقي العلاج المناسب.

ب. الشفاء التام من السعال.

ت. ثلاث مسحات بلغم سلبية متتالية تم جمعها في أيام متتابعة.

4.3.2 يسمح للعاملين بالرعاية الصحية المصابين بالسل الكامن أو عدوى السل الغير رئوي والغير حنجري بمواصلة أنشطة العمل المعتادة.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: HCW Exposure to Open Tuberculosis** **تعرض العاملين بالرعاية الصحية للدرن الرئوي المعدي**	**Page 6 of 7**
Department:	**Policy Number: APP-SHC-032 (2)**	**Replaces No.: APP-SHC-032 (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Staff Health Clinic:

5.1.1 To perform screening of HCWs for TB infection and disease.

5.1.2 To give counseling to HCWs about TB.

5.1.3 To promptly notify all employee PPD conversions.

5.1.4 To evaluate every employee who is suspected to have an open TB in the center.

5.1.5 To maintain the center wide PPD screening database

5.2 The Infection Control Team:

5.2.1 To Follow the procedures and infection control investigations in the event that any HAIs transmission of Tuberculosis is suspected.

5.2.2 To implement procedures to ensure the rapid identification and isolation of persons likely to have TB.

5.2.3 To educate, train and provide assessment of the risk for transmission of pulmonary tuberculosis among HCWs.

5.2.4 To ensure that control measures are implemented for HCWs who may be exposed to patients with open pulmonary TB.

5- المسئوليات:

5.1 موظفو عيادة الموظفين:

5.1.1 إجراء الفحص للعاملين بالرعاية الصحية لاكتشاف عدوى ومرض السل.

5.1.2 إعطاء المشورة للعاملين بالرعاية الصحية حول مرض السل.

5.1.3 الابلاغ عن أي تحولات إيجابية لاختبار السل فوراً.

5.1.4 تقييم كل موظف يشتبه أن يكون لديه مرض السل معدي بالمركز.

5.1.5 الحفاظ على قاعدة بيانات لاختبار السل خاصة بالمركز.

5.2 فريق مكافحة العدوى:

5.2.1 اتباع الاجراءات في حالة الاشتباه في حدوث انتقال لعدوى السل كعدوى مرتبطة بالرعاية الصحية.

5.2.2 تنفيذ إجراءات لضمان التعرف السريع على الأشخاص المشتبه اصابتهم بمرض السل وعزلهم.

5.2.3 التعليم والتدريب وتقييم المخاطر لانتقال العدوى من مرض السل بين العاملين بالرعاية الصحية.

5.2.4 ضمان تنفيذ تدابير الوقاية للعاملين بالرعاية الصحية الذين قد يتعرضون لمرضى السل المعدي.

6- FORMS: **6- النماذج:**

6.1 None

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Am Respire Crist Care Med; 2000.
7.2 American Thoracic Society and the Centers for Disease Control and prevention (CDC); Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children; Sep 1999.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: IC and Housekeeping Staff	Title: Environmental services IC Guidelines مبادئ مكافحة العدوى للخدمات البيئية	Page 1 of 5
Department:	Policy Number: IC-IPP-003EA(2)	Replaces No.: IC-IPP-003EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To provide guidelines for Housekeeping staff to foster appropriate infection control.

1.2 To maintain the center in a clean and sanitary manner.

1.3 To protect employees who handle contaminated material.

1.4 To reduce the risk of infection caused by environmental contamination.

1- الغرض:

1.1 لتوفير المبادئ التوجيهية لموظفي الخدمات البيئية لتعزيز مكافحة العدوى.

2.1 للحفاظ على المركز في صورة نظيفة وصحية.

3.1 لحماية الموظفين الذين يتعاملون مع المواد الملوثة.

4.1 للحد من خطر العدوى الناجمة عن التلوث البيئي.

2- DEFINITIONS:

2.1. Cleaning: Means reducing the reservoir of potential pathogenic organism.

2- التعريفات:

2.1 **التنظيف:** يعنى الحد من الكائنات التي يمكن أن تتسبب في حدوث الأمراض.

3- POLICY:

3.1 The housekeeping personnel must understand the risk inherent in center environmental contamination.

3.2 All cleaning & Disinfecting solutions used by the Environmental Services shall be reviewed and approved by the Infection Control Department & should be in accordance with current recommended practice & current scientific guidelines. Refer to **Center approved antiseptics and disinfectants policy.**

3.3 Infection Control staff must be involved in purchasing sterilization equipment and related supplies.

3.4 Infection control staff must review cleaning procedures & schedules of the Environmental Services.

3.5 The housekeeping personnel responsible for ensuring that the center environment is kept clean.

3.6 The housekeeping personnel should attend annual training in infection control principles.

3- السياسات:

3.1 يجب على موظفو النظافة فهم المخاطر الكامنة في تلوث بيئة المركز.

3.2 يجب أن يتم مراجعة محاليل التنظيف والتعقيم المستخدمة من قبل الخدمات البيئية والموافقة عليها من قبل قسم مكافحة العدوى وينبغي أن يكون ذلك وفقاً لأحدث الممارسات الموصي بها وأحدث المبادئ العلمية. أنظر سياسة المطهرات والمنظفات المعتمدة من المركز.

3.3 يجب إشراك موظفي مكافحة العدوى في شراء معدات ولوازم التعقيم.

3.4 يجب على موظفي مكافحة العدوى مراجعة إجراءات التنظيف والجداول الزمنية للخدمات البيئية.

3.5 موظفو النظافة مسؤولين عن ضمان أن يتم الاحتفاظ ببيئة المركز نظيفة.

3.6 ينبغي على أفراد إدارة الممتلكات حضور التدريب السنوي على مبادئ مكافحة العدوى.

3.7 يجب على العاملين في إدارة الممتلكات الامتثال لإجراءات ومتطلبات الكشف الطبي ما قبل التوظيف والكشف السنوي.

3.7 The housekeeping personnel must comply with pre-employment and annual health assessment requirements and procedures.

3.8 The housekeeping personnel must take care to keep their attire free from patient contact and spillage with the patient's blood, body fluids or excretions.

3.9 Standard Precautions should be applied when handling any patient, regardless of their diagnosis. Refer to Standard precautions policy.

3.10 Routine cleaning of horizontal surfaces at patient-care areas should be done once daily and as needed.

3.8 يجب على موظفي النظافة الحفاظ على ملابسهم من الاتصال بالمريض والتلوث بدم المريض وسوائل الجسم، أو الإفرازات.

3.9 ينبغي أن تطبق الاحتياطات القياسية عند التعامل مع أي مريض، بغض النظر عن التشخيص .أنظر سياسة الاحتياطات القياسية.

3.10 ينبغي أن يتم التنظيف الروتيني للأسطح الأفقية في مناطق رعاية المرضى ومرة واحدة يوميا وحسب الحاجة.

4- PROCEDURES

4.1 General Principles:

4.1.1 Hands must be thoroughly washed before commencing work and after contact with toilets and hand basins. Refer to **Hand hygiene policy**.

4.1.2 All mops, buckets, etc., must be clean and dry before commencing duty.

4.1.3 Mop heads must be changed at the start of each shift. It should be laundered, disinfected and hanged to dry after each use.

4.1.4 Cloth used for damp dusting must be disposable and should be discarded at regular intervals during the shift.

~~4.1.5~~ Warm water and suitable detergents should be used for all floors cleaning. Water and detergent will be properly disposed of and renewed frequently.

4.1.6 Buckets containing water must never be left unattended. They may only be left empty and dry.

4.2 Cleaning Procedure:

4.2.1 **General Considerations:**

4- الإجراءات:

4.1 المبادئ العامة:

4.1.1 يجب غسل اليدين جيدا قبل بدء العمل، وبعد التعامل مع المراحيض والأحواض. أنظر سياسة نظافة اليدين.

4.1.2 يجب أن تكون جميع المماسح، والدلاء، نظيفة وجافة قبل بدء العمل.

4.1.3 يجب تغيير رؤوس المماسح في بداية كل وردية .ينبغي غسلها، وتطهيرها وتعليقها لتجف بعد كل استخدام.

4.1.4 يجب أن يكون القماش المستخدم لمسح الغبار للاستخدام مرة واحدة، وينبغي التخلص منها على فترات منتظمة خلال الوردية.

4.1.5 ينبغي استخدام الماء الدافئ والمنظفات الصناعية المناسبة لتنظيف جميع الأرضيات. ويتم التخلص من المياه ومواد التنظيف بشكل صحيح بمعدل مناسب.

4.1.6 يجب عدم ترك أي دلاء تحتوي على ماء بدون مراقبة . يمكن تركها فقط فارغة وجافة.

4.2 اجراءات التنظيف:

4.2.1 **اعتبارات عامة:**

أ. تحت جميع الظروف، يجب أن تتم إجراءات التنظيف بطريقة منظمة.

Applied to: IC and Housekeeping Staff	Title: Environmental services IC Guidelines مبادئ مكافحة العدوى للخدمات البيئية	Page 3 of 5
Department:	Policy Number: IC-IPP-003EA(2)	Replaces No.: IC-IPP-003EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

a. Under all circumstances, cleaning procedures will follow a set of pattern.

b. The cleaning schedule may change, on the recommendation of the Housekeeping Service or the Infection Control Department.

c. Certain areas may require more frequent cleaning than those do specified below.

4.2.2 **Cleaning Floors:**

a. Ideally, to avoid dispensing dust into the air, the floor must be dry mopped with the 100% cotton mop head using either the "forward pushing motion" or the "figure of 8 motion". Handle the dry mop gently and NEVER shake it vigorously to avoid dispersal of dust.

b. As an alternative to dry mop vacuum cleaned with an industrial vacuum machine with certified filter system that is replaced once weekly.

4.2.3 Wet mop floor area with warm water and detergent using the "double bucket" technique. Water temperature must exceed 50'C and the solution to be changed.

4.2.4 **Daily Duties:**

a. Clean floors.

b. Empty, wash and reline waste bins.

c. Clean hand basins, taps and mirrors.

d. Replenish all box tissues, toilet tissues and bars soap (and as needed).

e. Damp dust all furniture and fittings.

f. Damp dust beds and locker areas.

g. Spot clean walls and doors. Wash and dry door handles and clean all toilet walls.

4.2.5 **Weekly Duties**

a. Clean all elevators inside and out and spray buff the floor.

ب. قد يتم تغيير جدول التنظيف، بناءً على توصية من قسم النظافة أو قسم مكافحة العدوى.

ت. قد تتطلب بعض المناطق التنظيف أكثر من المرات المحددة أدناه.

4.2.2 **تنظيف الأرضيات** :

أ. الطريقة المثالية لتجنب إثارة الغبار في الهواء يتم مسح وتجفيف الأرض بالطريقة الجافة بممسحة 100٪ من القطن باستخدام إما "حركة دفع" أو " الحركة على شكل رقم 8 ". يتم التعامل مع الممسحة الجافة بلطف ولا ينبغي هزها بقوة لتجنب تشتت الغبار.

ب. يتم شفط الغبار باستخدام آلة شفط صناعية تحتوي على فلتر معتمد يتم استبداله مرة واحدة أسبوعياً.

4.2.3يتم تنظيف بالماء الدافئ والمنظفات باستخدام " دلو مزدوج ". ويجب أن تتجاوز درجة حرارة الماء 50 درجة مئوية ويجب تغيير الماء.

4.2.4 **الواجبات اليومية:**

أ. تنظيف الأرضيات.

ب. تفريغ، غسل وإعادة تبطين صناديق النفايات.

ت. تنظيف أحواض اليد، والحنفيات والمرايات.

ث. تعبئة جميع صناديق المناديل، ومناديل المرحاض والصابون يومياً (وعند الحاجة).

ج. إزالة الغبار بقماش رطب عن الأثاث والتجهيزات.

ح. إزالة الغبار بقماش رطب عن السرائر ومناطق التخزين.

خ. المحافظة على الجدران والأبواب نظيفة وغسل وتجفيف مقابض الأبواب وتنظيف جميع جدران المرحاض.

4.2.5 **الواجبات الأسبوعية:**

أ. تنظيف جميع المصاعد من الداخل والخارج ورش الأرضيات.

b. High cleaning in corridors and office areas, including picture frames, door frames high ledges and curtain rails.

c. Machine scrub and dry all ceramic tiled areas.

d. Manually scrub and re-polish stairways.

e. Clean all carpets in patient areas and offices by using spray extraction machine.

f. Check all curtains and change if soiled.

4.2.6 **Monthly Duties**

a. Change curtains.

b. Wipe clean walls in all patient examination rooms.

c. Clean internal and external windows.

4.3 **Cleaning Frequency:**

4.3.1 **Corridors and Public Places**

a. Maximum continuous cleaning of high traffic areas, up to 8 hours daily.

b. Maximum, continuous cleaning of low traffic areas, up to 2 hours daily.

c. Toilet, ablutions and chutes in these areas are to be inspected and cleaned at regular intervals during the 24-hour period. Frequency is to be decided as need.

ب. تنظيف الأسطح العالية في الممرات والمناطق المكتبية، بما في ذلك إطارات الصور، وإطارات الأبواب، الحواف العالية والستائر.

ت. تنظيف وتجفيف البلاط والسيراميك باستخدام آلة التنظيف الميكانيكية.

ث. الفرك اليدوي وإعادة تلميع السلالم.

ج. تنظيف جميع السجاد في مناطق رعاية المرضى والمكاتب باستخدام آلة التنظيف الميكانيكية.

ح. ملاحظة جميع الستائر وتغييرها إذا كانت متسخة.

4.2.6 **الواجبات الشهرية**

أ. تغيير ستائر.

ب. مسح وتنظيف الجدران في جميع غرف الكشف على المرضى.

ت. تنظيف النوافذ الداخلية والخارجية.

3.4 **عدد مرات التنظيف:**

4.3.1 **الممرات والأماكن العامة**

أ. الحد الأقصى للتنظيف المستمر لمناطق الازدحام الشديد، تصل إلى 8 ساعات يومياً.

ب. الحد الأقصى للتنظيف المستمر للمناطق منخفضة الازدحام، تصل إلى 2 ساعة يومياً.

ت. المرحاض، ومناطق الوضوء والمساقط في هذه المناطق يتم ملاحظتها وتنظيفها على فترات منتظمة خلال فترة 24 ساعة. يقرر عدد مرات التنظيف حسب الحاجة.

5- **RESPONSIBILITIES:**

5.1 **Infection Control Team:**

5.2 To review and approve all cleaning & disinfecting solutions.

5- **المسئوليات:**

5.1 **فريق مكافحة العدوى:**

5.2 مناقشة وإقرار جميع محاليل التنظيف والتعقيم.

5.3 مراجعة إجراءات التنظيف والجداول الزمنية للخدمات البيئية.

5.3 To review the cleaning procedures & the schedules of the Environmental Services.

5.4 Housekeeping Service Head:

5.4.1 To increase the cleaning frequency when and where necessary.

5.4.2 To ensure that the House keeping staff is following & implementing the policy

5.5 Housekeeping Staff:

5.5.1 To ensure the cleanness of the center environment.

5.5.2 To adhere to standard precautions at all times.

5.4 رئيس خدمات النظافة:

5.4.1 زيادة عدد مرات التنظيف متى كان ذلك ضروريا.

5.4.2 التأكد من أن عمال النظافة يطبقون السياسة.

5.5 عمال النظافة:

5.5.1 ضمان نظافة بيئة المركز.

5.5.2 التمسك بالاحتياطات القياسية في جميع الأوقات.

6- FORMS:

6.1 None

6- النماذج:

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Inc. (APIC) Text of Infection Control and Epidemiology Revised Edition 2005.

7.2 MOH guideline 2002

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Cleaning & sterilization of instruments تنظيف وتعقيم الادوات	Page 1 of 14
Department:	Policy Number: IC-APP-061EA (2)	Replaces No.: IC-APP-061EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- **PURPOSE:**

1.1 To provide current infection control guidelines regarding cleaning, disinfecting and sterilization of patients care equipment, instruments & the patients care and safe environment.

2- **DEFINITIONS:**

2.1 Pre-cleaning: reducing the number of Microorganism present by physically removing debris.

2.2 Disinfection: Process that destroy disease-causing Microorganism but not necessarily all Microbial life.

2.3 **Sterilization:** process that kills all microbial life, including Bacterial spores, Viruses, Bacteria& Fungi.

2.4 **Critical Instruments:** are surgical instruments or any other instruments that contact & penetrate soft tissue or bone

2.5 **Semi Critical I instruments:** are objects that contact soft tissue but do not penetrate it.

2.6 **Non- Critical instruments**: items that are exposed to intact skin but not mucous membrane.

2.**7 Micro-Enzymes**: Viscous enzyme gel / spray specially formulated for the pre-cleaning & holding of instruments prior to cleaning & during transit.

3- **POLICY:**

3.1 There must be at least two nurses /technicians working as a full-time in sterilization process.

3.2 There must be a full-time infection control supervisor in each health care center.

1- **الغرض:**

1.1 تقديم توجيهات معاصرة لخطة مكافحة العدوى تتعلق بتنظيف ،وتطهير ،وتعقيم أدوات و مخصصات رعاية المراجعين و البيئة الصحية لهم.

2- **التعريفات:**

1.2 ما قبل التنظيف: هو التقليل من عدد الجراثيم الموجودة عن طريق إزالة الرواسب .

2.2 التطهير: هو تدمير الميكروبات و الجراثيم المتسببة للمرض و لكن لا يضمن ذلك جميع الميكروبات الحية .

3.2التعقيم: هو قتل كل البكتيريا و الميكروبات و الجراثيم وجميع الفيروسات و أبواغ البكتيريا وتقتل الفطريات أيضاً'.

4.2أدوات عالية الخطورة : هي الأدوات الجراحية أو أي أدوات تلامس أو تداخل الجروح أو الأغشية المخاطية.

5.2أدوات متوسطة الخطورة : هي الأدوات التي تلامس الجلد و الأنسجة الرخوة السليمة دون خرقها.

6.2أدوات لا تشكل خطورة: و هي الأدوات التي تلامس الجلد السليم فقط و لا تلامس أي أغشية أخرى في الجسم.

7.2المايكرو إنزيم (الإنزيمات – الدقيقة): هي إنزيمات لزجة في صورة بخاخ أو هلام (جل) صنعت خصيصاً لمرحلة ما قبل التنظيف و حفظ الأدوات و توضع على الأدوات قبل نقلها لغرفة التعقيم.

3- **السياسات:**

1.3 يجب أن يكون في المركز فنيات\ممرضات (اثنان على الأقل) متفرغين تماماً للقيام بعملية التعقيم.

2.3 يجب أن يكون في كل مركز صحي مسئول متفرغ لمراقبة مهام مكافحة العدوى.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Cleaning & sterilization of instruments تنظيف وتعقيم الادوات	Page 2 of 14
Department:	Policy Number: IC-APP-061EA (2)	Replaces No.: IC-APP-061EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

3.3 All contaminated instruments must not be transported by hand; use trolley for transportation.

3.3 يمنع نقل الأدوات الملوثة يدوياً ، وتستخدم عربة خاصة لنقل الأدوات إلى منطقة التعقيم

3.4 Sterilization unit must be with an Uno-entrance &divided into three areas: **Dirty** (receiving & cleaning instruments), **Clean** (inspection, wrapping areas & loading of peel pouches) & **Sterile** area where the unloading pouches & storage. (Seen in the diagram).

4.3 يجب أن تكون وحدة التعقيم أحادية المدخل ومقسمة إلى ثلاث مناطق: **منطقة ملوثة** (و يتم بها استلام وتنظيف الأدوات)،**منطقة نظيفة** (معاينة و تغليف الأدوات ، وتحميل جهاز التعقيم بالأكياس)، و**منطقة معقمة** حيث يتم تفريغ جهاز التعقيم و تخزين أكياس التعقيم (موضح في المخطط)

3.5 The sink inside the sterilization unit in the dirty zone must be double bowl sink (first sink used for cleaning dirty instrument & the second used for the final rinse); the depth of the sinks must be at least 350mm; both sinks must be large enough to allow submerging of the largest appliance to be cleaned.

5.3 الحوض المستخدم لغسل الأدوات في المنطقة الملوثة يجب أن يكون حوض كروي مزدوج (الحوض الأول يستخدم لتنظيف الأدوات الملوثة و الآخر يستخدم للشطفة الأخيرة للأدوات)، كما يجب أن يكون عمق الحوض لا يقل عن 350مم ، وتكون الأحواض ذات سعة كافية لغمر أكبر الأدوات المراد تنظيفها.

3.6The sinks used for hand hygiene must be other than the sinks used for cleaning the instrument : the first sink placed on at the entrance of the Dirty zone; while the other sink placed in an area in-between the Clean & Sterile zones (transitional zone).

6.3 الأحواض المستخدمة لغسل الأيدي يجب أن تكون مختلفة عن الأحواض المستخدمة لغسل الأدوات ، بحيث يكون موقع أول حوض بجانب مدخل المنطقة الملوثة بينما يكون موقع الحوض الآخر في الوسط بين منطقتين النظيفة والمعقمة (منطقة انتقالية).

3.7 Work flow must be from dirty to clean & not otherwise to avoid re-contamination.

7.3 يجب أن يكون سير العمل من المنطقة الملوثة إلى المنطقة النظيفة وليس غير ذلك لمنع تلوثها مجدداً.

3.8 The sterilization unit must be color coded for identifying dirty (dangerous), clean (non-sterile) &sterile (safe). Example: (Red) for dangerous area, (Yellow) for non-sterile area& (Blue) for safe area.

8.3 يجب أن تكون وحدة التعقيم ترمز بألوان مختلفة للتفرقة بين مناطق الوحدة، المنطقة الملوثة (خطيرة)، المنطقة النظيفة (غير معقمة)، وأخيراً منطقة معقمة (آمنة). مثال: (اللون الأحمر) للمنطقة الخطيرة،(اللون الأصفر) للمنطقة النظيفة الغير معقمة و أخيراً (اللون الأزرق) للمنطقة الآمنة

3.9 The air conditioning in the sterilization unit must be directed from clean to dirty & never the reverse

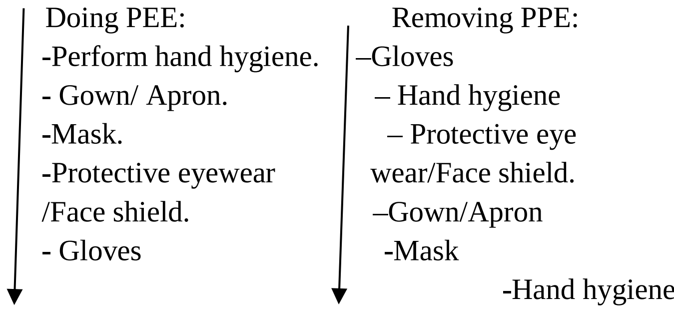
9.3 يجب أن تكون التهوية داخل وحدة التعقيم متجهة من المنطقة النظيفة إلى المنطقة الملوثة ولا يمكن أن يكون الاتجاه بعكس ما ذكر

3.10 The air conditioning in the sterilization unit should be with negative pressure spe.

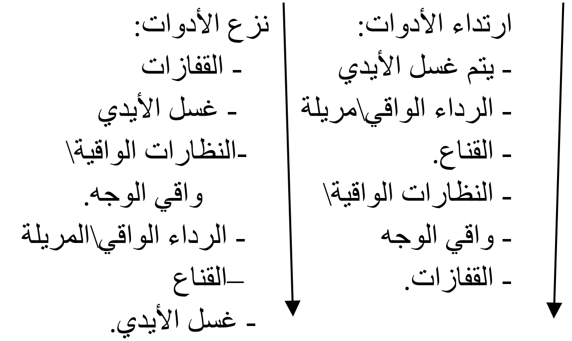
10.3 يجب أن تكون التهوية الموجودة في وحدة التعقيم ذات ضغط سلبي.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	**Title: Cleaning & sterilization of instruments** تنظيف وتعقيم الادوات	**Page 3 of 14**
Department:	**Policy Number: IC-APP-061EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-061EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3.11 The sterilization nurse/technician will wear & remove the personal protective equipments (PPE) in this sequence:



11.3 تقوم ممرضة\فنية التعقيم بارتداء ونزع أدوات الحماية الشخصية بإتباع الترتيب التالي:



3.12 All P.P.E must be changed when they become contaminated or defected

12.3 يجب تغيير أدوات الحماية الشخصية فور تلوثها أو ظهور أي عيب بها.

3.13 Never transport dirty & contaminated instruments without a holding substance to prevent blood & remains too dry on it.

13.3 يمنع نقل الأدوات الملوثة و الغير نظيفة دون وضع مادة حفظ للأدوات لمنع التصاق الدم والعوالق بها.

3.14 The sterilization unit should be well organized keeping every item in place & all working surfaces should be clean & clear.

14.3 وحدة التعقيم يجب أن تكون منظمة دائماً بحيث توضع كل الأشياء بمكانها المحدد ، كما يجب أن تكون أسطح العمل نظيفة و خالية.

3.15 Do not clean or brush the instruments under running water use a dish contains the cleaning solutions

15.3 يمنع تنظيف الأدوات تحت مياه جارية ، استخدم وعاء به محلول التنظيف.

3.16 All cleaning & holding solutions must be prepared daily as manufacture instructions ,discarded at the end of the day & changed when its clouded.

16.3 يجب على كل العاملين تجهيز المحاليل المستخدمة لحفظ و تنظيف الأدوات يومياً و يتم التخلص منها في آخر اليوم كما يجب تغيير المحلول عند تعكره.

3.17 All instruments must be color coded with elastic rings according to each clinic

17.3 يجب أن يتم تمييز الأدوات بخواتم بلاستيكية مشيرة إلى العيادة المرسلة للأدوات.

3.18 Never dissimilar items & metals in the same cleaning & sterilization cycle.

18.3 يجب ألا تخلط أدوات مختلفة أو من معادن مختلفة في نفس دورة التنظيف و التعقيم.

3.19 In all sterilization steps
(Transportation→Wrapping) heavy
Instruments must be placed beneath light one.

19.3 يجب أن تكون الأدوات الأثقل وزناً أسفل الأدوات الأخف وزناً في جميع خطوات التعقيم
(نقل الأدوات← تغليفها).

3.20 All brushes should be washed with detergents & hot water after each use then allowed drying with its head up & replacing it at least weekly or more frequently if defected.

20.3 يجب أن تغسل الفرش المستخدمة في التنظيف بمحلول مطهر و ماء ساخن بعد كل استخدام و تترك لتجف بحيث يكون رأس الفرشاة متجه إلى أعلى ، كما يتم تبديل الفرشاة بأخرى جديدة أسبوعياً على الأقل أو عند ظهور خلل أو عيب بها.

3.21 Sterilization pouches must not be closed with pins or staplers; use a sealing machine or a sterilization tape.

21.3 يمنع استخدام الدباسة أو المشابك لإغلاق أكياس التعقيم ، يستخدم جهاز الغلق المحكم أو شريط تعقيم لاصق.

3.22 Use a perforated trays, cassettes or racks to allow steam penetration in every pouch surface.

22.3 يجب استخدام صينية التعقيم أو، كاسيتات التعقيم ،أو أرفف التعقيم ذات ثقوب حتى يتخلل البخار كل أسطح أكياس التعقيم.

3.23 The sterilization & cleaning machines should be presented with two doors a loading door is directed to the most contaminated area & an unloading door is directed to the least contamination or sterile area(seen in the diagram)

23.3 أجهزة التعقيم و التنظيف المستخدمة يجب أن تكون ذات بابين بحيث الباب الأول مواجه للمنطقة الأكثر تلوث بينما يكون الباب الثاني مواجه المنطقة الأقل تلوث أو المنطقة المعقمة.(موضح بالمخطط)

3.24 Use distal water only inside the autoclave.

24.3 استخدام المياه المقطرة فقط جهاز التعقيم.

3.25 Never overload the autoclave with sterilization pouches.

25.3 يجب ألا يتم تعبئة جهاز التعقيم تعبئة زائدة من الأكياس المستخدمة لعدم حصول خلل في دورة التعقيم.

3.26 All reports must be kept in a file as a part of documentation requirements for quality assurance program.

26.3 يجب أن تحفظ كل التقارير و الوثائق داخل ملف خاص كدليل لجودة دورات التعقيم التي حدثت

3.27If the Biological indicator give a positive result:

3-27-1 Do not use the sterilizer until it has been inspected, repaired or the exact reason for the test has been determined.

3-27-2 Recall all items & instruments had been sterilized since the last negative test & alert all the staff not to use these items & instruments for patient care.

3-27-3 Do not use the sterilizer until maintenance assurance for safety & efficiency of the device; regarding using all indicators in the first cycle for quality assurance of the process

27.3 في حال ظهور نتيجة ايجابية للفحص البيولوجي:

3-27-1 يجب عدم استخدام جهاز التعقيم حتى يتم التعرف على سبب هذه النتيجة الايجابية للفحص والتغلب عليها.

3-27-2 يتم استرجاع جميع الأدوات والأشياء التي تم تعقيمها منذ آخر نتيجة سلبية للفحص مع التنبيه لجميع العاملين بعدم استخدام أية من الأدوات أو الأشياء التي تم تعقيمها في تلك الفترة لرعاية المراجع.

3-27-3 لا يستخدم جهاز التعقيم حتى يتم التأكد من صلاحية و كفاءة الجهاز من قبل الصيانة ، مع استخدام جميع المؤشرات في أول دورة تعقيم بعد إصلاحه للتأكد من جودة عملية التعقيم.

3.28 This procedure is a circular non-ending procedure as the clean sterile instrument will re-do cleaning sterilization & procedure once used.

28.3 تعتبر هذه العملية دائرية لا نهاية لها بحيث تعاد مباشرةً عند استخدام الأدوات المعقمة.

3.29 All sterilization staff must follow the hand hygiene policies & procedure.

29.3 على كل العاملين بالوحدة إتباع السياسات و الإجراءات الخاصة بنظافة و تطهير الأيدي.

3.30 All sterilization staff must follow waste management policies & procedure.

30.3 على كل العاملين بالوحدة إتباع السياسات و الإجراءات الخاصة بالنفايات الطبية.

3.31 There must be a constant maintenance program for sterilization devices example (Autoclave, Ultra sonic cleaner …….)

31.3 يجب أن يكون هناك برنامج دوري لصيانة الأجهزة الخاصة بعملية التعقيم (جهاز التعقيم، جهاز التنظيف الفوق صوتي، .... إلخ).

4- PROCEDURES

4- الإجراءات:

4.1 The Clinic nurse/ dental assistant will Separate contaminated instrument from sharp instrument and arrange

1.4 تقوم ممرضة العيادة \فنية الأسنان بفصل الأدوات الحادة عن الأدوات الملوثة بحيث تنسق الأدوات الملوثة بطريقة أفقية و

the contaminated instrument in a way to be set up & parallel to each other in a tray ;where the sharp instrument are discarded in a sharp container.

متوازية لبعضها في صينية التعقيم ، مع التخلص من الأدوات الحادة و رميها في الحاوية الخاصة بها.

4.2The clinic nurse/dental assistant will caught the contaminated instrument with Micro-Zima Pre-clean & transport gel or spray then put the tray in a closed container then wrap the container with blue sheet napkin where an identification tag sticker will be placed on the napkin; the nurse/ assistant can use a holding solution instead of the gel with a rigid leak proof container then wrapped in the same way

2.4 تقوم فنية الأسنان\ممرضة العيادة بتغطية الأدوات الملوثة بالمايكرو- إنزيم جل(هلام) أو بخاخ ثم توضع صينية الأدوات بحاوية مقفلة و تغطى بالغطاء الورقي الأزرق و تلصق ورقة تعريفية على الغطاء، كما يمكن استخدام سائل الغمر بدلاً من الجل أو البخاخ على أن يتم وضع الأدوات في حاوية محكمة الغلق و مانعة للتسرب و يتم تغليف الحاوية بنفس الطريقة

4.3 The clinic nurse/dental assistant will transport the wrapped container to the sterilization unit using trolley.

3.4 تقوم فنية الأسنان أو ممرضة العيادة بنقل الحاوية إلى غرفة التعقيم باستخدام عربة خاصة.

4.4 The Clinic nurse/dental assistant will reach the door of the processing room then click on a buzzer/bell so the sterilization nurse/technician can hear it; the sterilization nurse/technician will pull the trolley in to the processing room without stepping out of the room (unit-entrance room).

4.4 تقوم ممرضة العيادة\فنية الأسنان بالوصول إلى باب غرفة التعقيم ثم تقوم بالضغط على جرس\صفارة يسهل سمعها من قبل ممرضة\فنية التعقيم ، ثم تقوم ممرضة\فنية التعقيم بسحب العربة إلى داخل غرفة التعقيم دون أن تخطو خارج الغرفة (الغرفة أحادية المدخل).

4.5 The sterilization nurse/technician in the dirty zone will be wearing protective personal equipments (PPE)
(Gowns ,masks ,face shield, heavy duty gloves, plastic apron & closed rigid shoes)

5.4 تكون ممرضة \فنية التعقيم مرتدية أدوات الحماية الشخصية في المنطقة الملوثة وهي(الرداء الواقي، الأقنعة واقي الوجه قفازات شديدة التحمل مريلة بلاستيكية، حذاء صلب و مقفل)

4.**6The sterilization nurse/technician will read the identification tag carefully then unwrap the container from the blue napkin then do the following steps:**

6.4 تقوم ممرضة\فنية التعقيم بقراءة الورقة التعريفية بتأنى، ثم تقوم بنزع الغطاء الأزرق عن الحاوية الحافظة للأدوات الملوثة وتتبع الخطوات التالية:

4-6-1Open the container & rinse the dirty instrument with water.

4-6-1 تفتح فنية \ممرضة التعقيم الحاوية وتشطف الأدوات الملوثة بالماء.

4-6-2 The nurse/technician will open all hinges, box locks, instruments with removable parts are disassembled & discard any sharp instruments mistakenly missed by the clinic nurse/ dental assistant.

4-6-2 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بفتح كل مفاصل وأقفال العلب والأدوات، وتقوم بفك الأجزاء المركبة للأدوات كما تقوم بالتخلص من الأدوات الحادة التي تركت خطأً من ممرضة العيادة.

3-6-3 Place the instruments in mesh trays or baskets.

4-6-3 توضع الأدوات في سلأت أو صينية بها مسامات.

4-6-4 **Clean the instrument with hands-free mechanical process using Ultrasonic Cleaner or instrument Washer disinfector;**

4-6-4 تغسل الأدوات بتقنية لا تستخدم بها الأيدى مثل استخدام جهاز التنظيف الفوق صوتى أو آلة غسل وتنظيف الأدوات:

4-6-4-1 Follow manufactures instructions regarding water temperature, solutions & lubrications.

4-6-4-1 يتم تحضير المحاليل وزيوت التشحيم ودرجة حرارة المياه المستخدمة على حسب تعليمات الشركة المصنعة.

4-6-4-2 Never place the instruments on the floor of ultra-sonic cleaner to avoid poor cleaning & damage instruments from excessive movement.

4-6-4-3 Place the instruments in a suspended basket & fully emerge in a cleaning solution.

4-6-4-4 Rinse the instruments in a running tap water or an automatic rinse cycle presented by the machine after the cleaning cycle.

4-6-4-5 Final rinse will be with deionized water.

4-6-4-6 The instruments will be drained and allowed to dry or a drying cycle will be automatically presented by the machine.

4-6-4-7 Use the instrument washer disinfector & ultrasonic cleaner indicators as manufacture instructions.

4-6-**<u>5 If the sterilization nurse/technician will use manual technique for cleaning the instruments; must follow these instructions:</u>**

4-6-5-1 Use along handle with hand guard &wide surface soft nylon bristles.

4-6-5-2 Scrub while the instruments are submerged in a cold cleaning solution to a void spattering; keeping the items above water line to allow visibility of sharp ends.

4-6-5-3 Use other cleaning tools to remove the remnants from instruments to reach places like hinges, joints & serrations.

4-6-5-4 If the debris has been allowed to dry on instrument surface, soak instrument to remove the adherent remnant then restart scrubbing the instrument.

4-6-5-5 Finally Rinse the instruments thoroughly with deionized water & be sure that all the hinges, joints& serrations are clear.

4-6-5-6 Allow the instruments to air dry or carefully pack them with thick disposable napkins; do not rub or roll the instrument in the napkin.

4-6-4-2 على الأدوات ألا توضع في قاع الجهاز حتى لا يصعب تنظيفها أو تتلف نظراً الاهتزازات الشديدة.

4-6-4-3 توضع الأدوات في سلة معلقة وتغمر في محلول التنظيف بالجهاز.

4-6-4-4 بعد الانتهاء من دورة التنظيف بالجهاز يبدأ الجهاز بدورة تشطف بها الأدوات أو يتم شطفها من مياه الصنبور من قبل فنية\ممرضة التعقيم.

4-6-4-5 و أخيراً تشطف الأدوات بمياه مقطرة من قبل الممرضة\الفنية.

4-6-4-6 أن يتم تصفية الأدوات ثم تترك لتجف داخل الجهاز أو يكون الجهاز به دورة تجفيف أوتوماتيكية.

4-6-4-7 يجب استخدام مؤشرات لأجهزة التنظيف و التطهير و الفوق صوتي على حسب تعليمات الشركة المصنعة.

4-6-5 **<u>إذا كان على فنية \ممرضة التعقيم تنظيف الأدوات يدوياً، يجب اتباع ما يلي:</u>**

4-6-5-1 تستخدم فرشاة غير زلقة طويلة المقبض، وتكون عريضة ذات شعيرات نيلونية ناعمة.

4-6-5-2 يتم دعك الأدوات مع الاحتفاظ بالفرشاة تحت سطح محلول التنظيف البارد، بحيث تظل الأدوات في وضع يسهل مراقبة الأجزاء الحادة.

4-6-5-3 تستخدم أدوات تنظيف إضافية لإزالة العوالق الموجودة في أماكن يصعب الوصول إليها مثل المفاصل، والثنايا، والنتوءات.

4-6-5-4 إذا جفت العوالق على الأداة، يتم غمر الأداة لإزالتها ومن ثم تعاد خطوات تنظيف الأداة.

4-6-5-5 وأخيراً يتم شطف الأدوات بمياه مقطرة، ويتم التأكد من أن جميع المفاصل والثنايا والنتوءات خالية من الشوائب.

4-6-5-6 تترك الأدوات لتجف في الهواء أو تجفف بمناديل كثيفة أحادية الاستخدام، تأكد بألا يتم دعك أو فرك الأدوات تحت المنديل.

4-6-6 في حالة عدم التمكن من تنظيف الأدوات حال وصولها ، توضع الأدوات في سائل الغمر، سائل الغمر يتم تحضيره وحفظه على حسب تعليمات الشركة المصنعة على أن الحد الأقصى لاستخدام السائل

4-6-6 If instruments cannot be cleaned immediately, use a holding solution; the solution will be prepared and kept as manufacture instructions considering the maximum use for the solution is 24 hrs. & immediately changed when it gets clouded.

4-6-7 The trolley used for transporting the contaminated instrument will be washed by sterilization nurse/ technician in the dirty zone using a special cleaning & drying device; the trolley has an isolated corridor in the sterilization unit, then the trolley will be pulled outside the sterilization unit by the sterilization nurse/technician in the clean zone.

4-6-8 If the instruments cannot be sterilized in the same day, clean &dry the instruments then wrap them with disposable napkin & clearly label them as unsafe then continue processing the next working day; the nurse/technician will start processing these instruments from the cleaning steps

4.7 <u>The sterilization nurse /technician will transfer the instrument from the dirty area to the clean area for inspection and follow these steps:</u>

4-7-1 The nurse/technician will remove the plastic apron & heavy duty gloves then perform hand hygiene and wear an examination gloves.

4-7-2 The nurse/technicians will organize clean & dry instruments into sets.

4-7-3 Inspection should be under magnification & suitable light to identify minor problems before they become major ones.

4-7-4 The nurse/technician will look for retained soil ، misalignment ،defects such as (bent tips ، breakage ،burrs ،nicks ،cracks ،warn spots، pitting or missing pieces)، roughness or dullness of edges ،warn or loose box screws, staining, corrosion & malfunction during inspection.

4-7-5 When a defective instrument is discovered it should be tagged or marked, removed from the set & sent for repair or sent for impair report after sterilizing it

هو 24 ساعة ويجب تغيير السائل في حال تعكره.

4-6-7 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بالمنطقة الملوثة في وحدة التعقيم بتنظيف العربة الخاصة بنقل الأدوات باستخدام جهاز تنظيف وتجفيف معين، حيث يتواجد ممر خاص بالعربة داخل غرفة التعقيم، ومن ثم يتم سحب العربة خارج غرفة التعقيم من قبل فنية\ممرضة التعقيم بالمنطقة النظيفة.

4-6-8 في حال عدم القدرة على تعقيم الأدوات في نفس اليوم، يتم تنظيف الأدوات وتغلف جيداً بفوطة أحادية الاستخدام ويتم تعليمها على أنها غير آمنة، ثم يتم إعادة عملية التنظيف في اليوم التالي بحيث تبدأ ممرضة\فنية التعقيم عملية التعقيم من بداية خطوات التنظيف.

<u>4.7 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بنقل الأدوات من المنطقة الملوثة إلى المنطقة النظيفة لمعاينة الأدوات، وتقوم باتباع الخطوات التالية:</u>

4-7-1 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بنزع المريلة البلاستيكية والقفازات شديدة التحمل ومن ثم يتم غسل وتطهير الأيدي وبعد ذلك تضع قفازات جديدة.

4-7-2 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بترتيب الأدوات النظيفة والجافة على هيئة مجموعات.

4-7-3 تعاين الأدوات تحت عدسة مكبرة بإضاءة كافية للكشف عن أي خلل بسيط قبل أن يزيد.

4-7-4 سوف تبحث فنية\ممرضة التعقيم عن بقايا أوساخ، خلل، أو عيوب مثل (انحناءات، كسور، نتوءات، شقوق ، خدش، حفر، بقع متهالكة أو قطع مفقودة)، كما تبحث عن خشونة أو ثلامة في حواف الأداة أو مسامير متهالكة أو مخلخلة، أو بقع مصبغة تآكل في الأداة وأخيراً ملاحظة عطل في الأداة.

4-7-5 في حال اكتشاف أداة غير صالحة للاستعمال تستبعد الأداة و يتم تعليمها و ترسل لإصلاحها من قبل الصيانة أو ترسل لعمل محضر إتلاف بعد تعقيمها.

4.8 **Is the instruments are clean with no debris?**

4-8-1 yes, then precede sterilization process & start assembling.

4-8-2 NO, starts another cycle of cleaning process.

4.9 **the sterilization nurse/technician will start assembling the instruments into sets according to institutional procedure & the following guide lines:**

4-9-1Position cupped or concave instruments in a way to avoid water collection.

4-9-2 Point clamps with curved jaws in the same direction to protect their tips.

4-9-3 The sterilization nurse/ technician will arrange the instrument in way to be set up & parallel to each other.

4-9-4 Consider size & design of instrument, density of instrument& risk of injury to personal.

8.4 هل الأدوات نظيفة وخالية الشوائب؟

6-8-1 نعم، تواصل عملية التعقيم وتبدأ عملية فرز الأدوات.

6-8-2 لا، تبدأ عملية التنظيف من جديد.

9.4 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بفرز الأدوات على هيئة مجموعات على حسب وظيفة كل أداة ثم يتم إتباع الخطوات التالية:

4-9-1 توضع الأدوات المجوفة في وضعية تمنع تجمع المياه.

4-9-2 توجيه الأدوات ذات انحناءات باتجاه يحمي رؤوسها.

4-9-3 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بترتيب الأدوات بطريقة أفقية ومتوازية لبعضها.

4-9-4 أثناء الترتيب يراعى حجم وتصميم الأدوات، كثافتها وخطر الإصابة بها.

4.**10The sterilization nurse/technician will start packing immediately after assembling to prevent subsequent contamination; the nurse/ technician will change the gloves and perform a hand hygiene then start packing regarding these conditions:**

4-10-1 The sterilization pack used in the process is a peel pouch has a paper side & a plastic side; the paper side has a chemical indicator, therefore the peel pouch presented with a self-sealing or closed with a sealing devise.

4-10-2 Avoid crowding the items in the pack; each pack will have 4-5 instruments as max. To allow steam to reach each surfaces & 4-5 pieces of gauze as max. In each pack as it is a dense material is more difficult to dry.

4-10-3 Choose the correct pouch size slightly larger than its content.

4-10-4 Place a chemical integrator inside each pouch other than the one on the paper side of the pouch; placed where it is easy to be visible.

4-10-5 All concave & cupped instruments will be placed as the hollow side facing the paper rather than the plastic side.

4-10-6 The nurse/technician will write on the paper side a sterile statement & the date of sterilization including the year just prior to sterilization not in advance & not after.

4-10-7 The nurse/technician will assure that every pouch is perfectly sealed, not crowded & with no defects before loading the instruments into the autoclave.

10.4تقوم فنية \ممرضة التعقيم بتغليف الأدوات بعد فرزها مباشرةَ لمنع تلوثها، حيث تقوم الفنية \ الممرضة بتغيير القفازات بقفازات جديدة بعد غسل وتطهير الأيدي ثم تغلف الأدوات باتباع الخطوات التالية:

1-10-4 أكياس التعقيم المستخدمة سهلة الفتح ولها وجهان أحدهما ورقي والآخر بلاستيكي شفافة، الوجه الورقي به مؤشر كيميائي، تحتوي أكياس التعقيم على لاصق ذاتي محكم أو يتم غلقها بجهاز إحكام مخصص لأكياس التعقيم.

2-10-4 تجنب ازدحام الأدوات في الكيس الواحد، بحيث يحتوي كل كيس على 4-5 أدوات كحد أقصى حتى يتخلل البخار أسطح الأداة كلها، كما يحتوي كل كيس على 4-5 قطع من الشاش أو القطن كحد أقصى حيث أنها مواد عالية الكثافة ويصعب تجفيفها.

3-10-4 استخدم كيس تعقيم ذو الحجم المناسب بحيث يكون أكبر نسبياً من محتواه.

4-10-4 يوضع شريط كاشف (مؤشر كيميائي يختلف عن المؤشر الموجود في الوجه الورقي من الكيس) في كل كيس باتجاه يسهل ملاحظته.

5-10-4 توضع الأدوات المجوفة داخل الكيس بحيث يكون التجويف مواجه الوجه الورقي بدلاً من البلاستيكي.

6-10-4 تقوم فنية \ممرضة التعقيم بكتابة عبارة (معقم) على الوجه الورقي للكيس، كما يتم كتابة التاريخ شامل السنة قبل تعقيمها مباشرةً ليس قبل التعقيم بفترة أو بعد تعقيمه.

7-10- 4 تقوم ممرضة\فنية التعقيم بالتأكد أن كل كيس مغلق بإحكام ، وغير مزدحم و خالي من العيوب قبل وضعه داخل جهاز التعقيم

4.**11 The sterilization nurse/technician will start loading the peel pouches inside the autoclave & follow these steps:**

4-11-1 Each pouch should be as the paper side is facing a plastic side of the other pouch (plastic to paper) In the autoclave rack; the paper side is the side facing the rack.

4-11-2 The loading will be according to the size of autoclave & the size of pouches as the medium

11.4 تقوم فنية \ممرضة التعقيم بتحميل أكياس التعقيم داخل جهاز التعقيم باتباع الخطوات التالية:

1-11-4 كل وجه ورقي من كيس يواجه وجه بلاستيكي من كيس آخر داخل جهاز التعقيم حيث يكون الوجه الورقي للكيس هو الوجه المواجه لرف الجهاز.

size 6-8 medium pouches in each rack & 14 small pouches in each rack of a medium autoclave.

4-11-3 Pouches must not touch the wall of the chamber nor touching the above rack.

4-11-4 Avoid combining porous (gauze) & non-porous (instruments) items in the same sterilization cycle.

4-11-5 Close the autoclave door accurately &Start the sterilization cycle of the autoclave as manufacture instruction considering the need of short or long cycle

4-11-6 Ensure that the sterilization cycle includes a drying stage.

4-11-7 Use a steam under pressure autoclave so air will be forced outside of the chamber.

4-11-2 تحميل الأكياس داخل جهاز التعقيم يعتمد على حجم الجهاز، وحجم أكياس التعقيم حيث إذا كانت الأكياس متوسطة الحجم يتم تحميل 6-8 أكياس في كل رف، وإذا كانت الأكياس صغيرة تحمل 14 كيس في كل رف من جهاز تعقيم متوسط الحجم.

4-11-3 أكياس التعقيم يجب ألا تلمس الجدار الداخلي للجهاز ولا تلمس الرف العلوي أيضاً.

4-11-4 تجنب خلط المواد المسامية (الشاش) والمواد غير مسامية (الأدوات) في نفس دورة التعقيم.

4-11-5 يتم غلق باب جهاز التعقيم بإحكام والبدا بدورة التعقيم على حسب تعليمات الشركة المصنعة، آخذين في الاعتبار نوع الدورة المراد استخدامها (طويلة أو قصيرة).

4-11-6 يجب التأكد من أن دورة التعقيم تحتوي على دورة تجفيف أيضاً.

4-11-7 يفضل استخدام جهاز تعقيم بالبخار تحت الضغط حتى يطرد الهواء خارج الجهاز.

4.12 **<u>The sterilization nurse/technician will unload the autoclave after finishing the cycle regarding these steps:</u>**

4-12-1 The nurse/technician will perform hand hygiene and wear heat resistant gloves.

4-12-2 The door is opened immediately after the drying cycle is finished to prevent small amount of steam vapor condensing if the load cools while the door is closed.

4-12-3 Allow steam and vapor to exit the autoclave then remove each tray from autoclave rack.

4-12-4 Place the trays in a cooling rack; never place the tray on a flat cool surface as condensation will occur resulting in wet pouches.

4-12-5 Do not hand the warm pouches because the paper is more porous & contents are susceptible to hand contamination.

4-12-6 Remove the biological indicator from its pouch & placed in the incubator.

<u>4.12بعد انتهاء دورة التعقيم تقوم فنية\ممرضة التعقيم بتفريغ جهاز التعقيم واتباع ما يلي:</u>

4-12-1 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بغسل وتطهير الأيدي ومن ثم ارتداء قفازات مقاومة للحرارة.

4-12-2 يفتح باب الجهاز بعد انتهاء دورة التجفيف مباشرةً لمنع تكثف البخار في حال وجود الأدوات داخل الجهاز والباب مقفل.

4-12-3 يترك البخار بالخروج خارج الجهاز ثم يسحب كل رف للأدوات خارج الجهاز.

4-12-4 توضع صينية الأدوات المعقمة في أرفف التبريد، ولا يمكن وضعها على سطح مستوي بارد لتجنب تكثف البخار داخل الأكياس.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Cleaning & sterilization of instruments تنظيف وتعقيم الادوات	Page 11 of 14
Department:	Policy Number: IC-APP-061EA (2)	Replaces No.: IC-APP-061EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4-12-5 لا يتم مسك الأكياس الدافئة بالأيدي حيث تكثر المسامات في الوجه الورقي وقد يتعرض إلى التلوث من الأيدي.

4-12-6 يتم نزع كيس التعقيم من المؤشر البيولوجي ثم يوضع المؤشر بالحاضنة الخاصة به.

4.13 The sterilization nurse/technician will notify the sterilization cycle print out & monitoring indicators from the autoclave, inspect chemical indicator &integrator in each pouch & remove the indicating paper of Bowie Dick test chemical indicator paper then sign it & write the sterilization date then kept into a file; any wet or defected pouches should not be used & re-start procedure from the cleaning steps.

13.4تقوم فنية\ممرضة التعقيم بتدوين المطبوعة الخاصة بدورة التعقيم و رصد المؤشرات الميكانيكية لجهاز التعقيم ، كما يجب ملاحظة أشرطة الكشف و المؤشر الكيميائي الموجود في الوجه الورقي لكل كيس ،ثم يتم تدوين التاريخ و التوقيع على ورقة المؤشر الكيميائي داخل فحص البوفي ديك و حفظ الورقة بالملف الخاص به ،و بعد ذلك التأكد من وجود أي خلل في أحد أكياس التعقيم و إرساله لإعادة تعقيمه بدءاً بخطوات التنظيف.

4.**14 The sterilization nurse/technician will store the sterile pouches as follow:**

- 4-14-1 Should be on cupboards or shelves that at least 8-10 inches from the floor, 18 inches from the ceiling and 2 inches from outside walls.
- 4-14-2 Do not allow packaging to be crushed, bent, compressed, punctured or compromised in any way.
- 4-14-3 Take care to avoid storage near exposed water pipes, sinks or other areas where water damage could occur.
- 4-14-4 Keep the storage area free of dust insect's vermin & temperature, humidity extremes & protected from direct sun lights.
- 4-14-5 Ambient humidity should not exceed 70% & the temperature should not exceed 24°c.
- 4-14-6 Never store the sterile pouch on a bench or hand the pouches with wet hand.
- 4-14-7 Storage of the sterile instrument is event related not date related; but the stored instrument should not exceed 3 months for safety.
- 4-14-8 Store the instruments in a closed or covered cabinets where the most recent pouches in the rear of the cabinets.

14.4 تقوم فنية\ممرضة التعقيم بحفظ الأكياس المعقمة كما يلي:

- 4-14-1 تخزن في أرفف أو خزائن تبعد عن الأرض بمسافة لا تقل عن8-10 انش، كما تبعد عن الأسقف بمسافة لا تقل عن 18 انش وتبعد عن الجدار بمسافة لا تقل عن 2 انش.
- 4-14-2 يجب ألا يتم ثني الكيس أو ثقبه أو حتى الضغط على أكياس التعقيم بأي طريقة تفسد تعقيمها.
- 4-14-3 تجنب تخزين الأكياس بجانب أنابيب المياه والمغاسل أو منطقة قد يحدث بها تسريب في المياه.
- 4-14-4 يجب أن تكون بيئة التخزين خالية من الأتربة والحشرات أو العته كما يجب تجنب دراجات الحرارة والرطوبة العالية وتبقى بعيدة عن أشعة الشمس.
- 4-14-5 نسبة الرطوبة يجب ألا تكون أعلى من 70% ودرجة الحرارة لا تتعدى 24 درجة مئوية.
- 4-14-6 لا يمكن تخزين الأكياس المعقمة على سطح خارجي كما يجب تجنب حملها بأيدي مبللة.
- 4-14-7 تخزين الأدوات يعتمد على بيئة التخزين وليس تاريخ التخزين على ألا تتعدى مدة التخزين عن 3 أشهر للسلامة.
- 4-14-8 يتم تخزين الأدوات في خزانات أو دواليب مقفلة أو مغطاة حيث يتم وضع الأكياس الحديثة أسفل الأكياس التي تسبقها.

Applied to: All PHC staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Cleaning & sterilization of instruments** **تنظيف وتعقيم الادوات**	**Page 12 of 14**
Department:	**Policy Number: IC-APP-061EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-061EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.15 The clinic nurse/ dental assistant will receive the sterile instrument pouches or gauze & cotton pouches from the sterilization nurse/ technician using trolley that will deliver the pouches to the clinic.

4.16 **Before using any sterilized pouches the clinic nurse/ dental assistant will check for the following:**

4-16-1The outer wrapping & seals are intact.
4-16-2 The pouch is dry.
4-16-3 Labeling is intact & correct.
4-16-4 If the pouch is moist, damaged or has a process indicator did not change color correctly, do not use the content; open the pouch & return it to re-start the decontamination process (re-do from cleaning step).
4-16-5 The nurse/assistant must consider that over handling of the pouches (excessive transferring from one place to another or during pouch rotations) may affect the efficiency of the sterilization.

4.17 The infection control supervisor will check the Ultra sonic cleaner indicator & sign its table , the washer disinfector indicator & sign its table ,efficiency of the autoclave from the print out & sign its table, and check the chemical indicator paper presented inside Bowie Dick test & sign the paper ,check the date in its file, The supervisor will also check the biological indicator after incubation & sign its table, then assure that instruments pouches are intact& stored correctly ,then finally check that the sterilization unit is properly organized , the cleaning brushes are in a good condition & validity of the disinfectant & holding solutions.

4.18Mechanical, Chemical & Biological indicators are used to confirm that parameters associated with the sterilization process have been achieved; together they a complete system for checks & balances for a sterility assurance program

15.4 تقوم ممرضة العيادة\ فنية الأسنان باستلام الأكياس المعقمة للأدوات ،الشاش و القطن من ممرضة\فنية التعقيم باستخدام عربة نظيفة لنقل الأدوات للعيادة.

16.4 تقوم ممرضة العيادة/ فنية الأسنان بالتأكد من الملاحظات التالية قبل استخدام الأدوات:

4-16-1 سلامة أكياس التعقيم وإحكامها.
4-16-2 يجب أن تكون الأكياس جافة.
4-16-3 صحة ووضوح المعلومات المكتوبة.
4-16-4 إذا كانت الأكياس رطبة أو بها ضرر أو لم يتم تغيير لون المؤشر بشكل صحيح، يجب ألا تستخدم الأدوات ويعاد تعقيمها ببدايةً من خطوات التنظيف الأولى.

4-16-5 يجب مراعاة أن الإفراط في مناولة وتدوير أكياس التعقيم (نقلها من مكان لآخر) قد يضر بمدى فعالية تعقيم الأدوات.

17.4تقوم مسؤولة مكافحة العدوى بمراجعة فحص و مؤشرات أجهزة تنظيف و تطهير الأدوات و تنظيف الأدوات الفوق صوتي و من ثم توقع في الجدول الخاص به ، كما توقع في الجدول الخاص بجهاز التعقيم بعد مراجعة المطبوعة الخاصة بدورة التعقيم ومن ثم توقع على ورقة المؤشر الكيميائي التابعة لفحص البوفي ديك الموجودة في الملف الخاص به مع التأكد من صحة التاريخ، كما تقوم مسؤولة مكافحة العدوى بفحص نتيجة المؤشر البيولوجي و التوقيع في الجدول الخاص به، وبعد ذلك التأكد من أن جميع أكياس التعقيم صالحة و مخزنة بشكل صحيح و أخيراً مراقبة وحدة التعقيم ما إذا كانت نظيفة ومنظمة، الفرشاة المستخدمة لتنظيف الأدوات صالحة للاستخدام ،كما تراجع مدى صلاحية السوائل المستخدمة لتنظيف و حفظ الأدوات

18.4 تعتبر المؤشرات الميكانيكية والكيميائية و البيولوجية معاً تؤكد صلاحية عملية التعقيم ،و يكونوا نظام رصد متكامل لصحة و توازن عملية التعقيم.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Sterilization Nurse / Technician.

5- المسئوليات:

1.5 فنية\ممرضة التعقيم.

5-2 Infection Control Director in the Health Care Center.
5-3 Clinic Nurse/Dental Assistant.

2-5 مسؤول مكافحة العدوى بالمركز الصحي.
3-5 فنية\ممرضة العيادة

6- **FORMS/s used – Resources needed:**

6.1 Autoclave Table (Mechanical indicator).
6-2 Biological Indicator Table.
6-3 Instrument Washer Disinfector Indicator Table.
6-4 Ultrasonic Cleaner Indicator Table.

6- النماذج المستخدمة / الموارد المطلوبة:

1.6 جدول جهاز التعقيم (المؤشر الميكانيكي).
2-6 جدول المؤشر البيولوجي.
3-6 جدول مؤشر جهاز تنظيف وتطهير الأدوات.
4-6 جدول مؤشر جهاز تنظيف الأدوات الفوق صوتي.

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 10-1 EPIC_ Infection_Control_Manual_Jan_07
7-2 CDC_standards_Ambulatory-Care-July-2011
7-3 Cleaning_of_Dental_Instruments
Scottish Dental Clinical Effectiveness Programmer First published March 2007
(scottishdental.cep@nes.scot.nhs.uk)
ISBN 978 1 905829 03 3
7-4 97-5000-170-00 cleaning_sterilization_reprocessing_manual_23feb06 www.zimmer.com.
7-5 Torres & Ehrlich Modern Dental Assistant
Seventh Edition.
7-6 The Care and Handling of Surgical Instruments *(A Continuing Education Self-Study Activity)*
http://www.pfiedler.com/1096/1096_Syllabus.pdf
7-7 Infection Control Guidelines for
Office practices and other community based services 2006
7-8 UC San Diego health system

INFECTION CONTROL POLICIES & PROCEDURES

7-9 August 2008 Authorized by JE Matthews - Federal President Australian Dental Association Inc.
PO Box 520 St Leonard's NSW 1590
Tel: 02 9906 4412 Fax: 02 9906 4676
Email: adainc@ada.org.au
ADA guide lines for infection control
http://www.ada.org.au/app_cmslib/media/lib/1011/m274408_v1_infection%20control%20guidelines.pdf

7-10 Northampton shire teaching primary care trust
Infection Control Policy PH03 Date November 2008
http://www.health.act.gov.au/c/health?a=sendfile&ft=p&fid=1209426148&sid=

7-11 Infection control Manual in dental Clinic
(Ministry of Health- Eastern Province)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Employment & Employee Periodic Examination الفحص قبل التوظيف والفحص الدوري للموظفين	Page 1 of 4
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-060EA (2)	Replaces No.: IC-APP-060EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To medically screen all employees for possible existing disease or chronic conditions.

1.2 To ensure that there is a well-defined system for Pre-Employment & Employee Periodic Examination at CENTER.

1- الغرض:

1.1 لإكمال الفحص الطبي لكل العاملين لاكتشاف وجود أي مرض أو حالات مرضية مزمنة.

1.2 لضمان وجود نظام محدد لفحص ما قبل التوظيف والفحص الدوري للموظفين في المركز.

2- DEFINITIONS:

2.1 **PPD Test:** Purified Protein Derivative.

2.2 **SHC:** Staff Health Clinic.

2- التعريفات:

2.1 **اختبار:PPD** مشتق بروتيني منقى (اختبار الدرن).

2.2 **SHC:** عيادة الموظفين.

3- POLICY:

3.1 All new employees should be medically examined upon hiring.

3.2 All employees should be examined annually for possible existing diseases or chronic condition.

3- السياسات:

3.1 يجب أن يتم إجراء الفحص الطبي لجميع الموظفين الجدد عند التوظيف.

3.2 يجب فحص جميع الموظفين سنوياً لاكتشاف وجود أي أمراض أو حالات مزمنة.

4- PROCEDURES

4.1 The newly hired employee will take the New Employee Checklist from Personnel Department & present it to staff health clinic.

4.2 On arrival, the nurse in SHC will issue a health record number.

4.3 The nurse will prepare the file with all the following:

- 4.3.1 Staff Health Adult Problem List-inquires for allergies/ contact number at home and work extension/job title/habits: smoker or non-smoker.
- 4.3.2 Physician Progress Notes.
- 4.3.3 Immunization Record.

4.4 The nurse should obtain the initial weight, height, blood pressure, pulse, temperature and document the results in the progress notes form.

4.5 The staff health clinic physician will:

4- الإجراءات:

4.1 يقوم الموظف المعين حديثا بإحضار نموذج تعيين الموظف الجديد من إدارة شؤون الموظفين وتقديمها إلى عيادة الموظفين.

4.2 عند وصوله، تقوم ممرضة عيادة الموظفين بإصدار رقم ملف صحي للموظف.

4.3 تقوم الممرضة بتحضير الملف ووضع المستندات التالية:

- 4.3.1 قائمة المشاكل الخاصة بعيادة الموظفين للاستفسار عن الحساسية /رقم الاتصال في البيت وفى العمل / المسمى الوظيفي /العادات :مدخن أو غير مدخن.
- 4.3.2 نموذج ملاحظات الطبيب.
- 4.3.3 سجل التحصينات.

4.4 ينبغي أن تحصل الممرضة على الوزن الأولي، الارتفاع، ضغط الدم، النبض، ودرجة الحرارة وتوثيق النتائج في مذكرات التقدم.

4.5 يقوم طبيب عيادة الموظفين بالتالي:

- 4.5.1 عمل اختبار الدرن لجميع الموظفين الجدد وسنوياً للموظف الأكثر عرضة. أنظر سياسة تعرض العاملين بالرعاية الصحية لمرض السل الرئوي.

4.5.1 Perform PPD Test (Monteux test) for all new employees & annually for highly exposed employee. Refer to **HCW Exposure to Open Tuberculosis.**

4.5.2 Test eyes for vision and color-coding and document that on the physical examination and history form.

4.5.3 Request for the following laboratory investigations:

a. CBC
b. Renal Profile
c. Hepatic Profile
d. Random Glucose Level
e. Malaria Parasite
f. Syphilis
g. HIV antibody screen
h. Hepatitis B surface antigen
i. Hepatitis B surface antibody
j. Hepatitis B core antibody (automatic)
k. Hepatitis C antibody
l. ABO & RH group
m. Urine Analysis
n. Stool analysis & C/S
o. Measles antibody – if unknown
p. Varicella antibody (chicken pox)- if unknown
q. For female – rubella & urine pregnancy test
r. Chest X-ray.
s. ECG (If over 40- years)

4.6 After 72 hours, the SHC physician will do the physical examination, review the laboratory results and X ray report, and take the reading of Monteux (PPD) test.

4.5.2 عمل اختبار العيون لتحديد درجة الرؤية وتوثيق ذلك في نموذج الفحص البدني والتاريخ المرضي.

4.5.3 طلب الفحوص المخبرية التالية:

أ. صورة دم كاملة.
ب. تحليل وظائف الكلى.
ت. تحليل وظائف الكبد.
ث. تحليل عينة عشوائية لمستوى الجلوكوز بالدم.
ج. تحليل الملاريا.
ح. تحليل الزهري.
خ. الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب.
د. المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد الوبائي (ب).
ذ. الأجسام المضادة للمستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد الوبائي (ب).
ر. الأجسام المضادة للمستضد النخاعي لفيروس التهاب الكبد الوبائي (ب).
ز. الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي (ج).
س. فصيلة الدم ومعامل ريسيس.
ش. تحليل البول.
ص. تحليل ومزرعة للبراز.
ض. الأجسام المضادة للحصبة - إذا كان غير معروف.
ط. الأجسام المضادة للجدري المائي- إذا كان غير معروف.
ظ. للإناث - الحصبة الألمانية واختبار الحمل في البول.
ع. أشعة سينية للصدر.
غ. تخطيط القلب (إذا كان أكثر من 40 - سنة).

4.6 بعد 72 ساعة يقوم طبيب عيادة الموظفين بالفحص البدني، واستعراض النتائج المخبرية وتقرير الأشعة السينية، وقراءة نتيجة اختبار الدرن.

Applied to: **All PHC Staff** جميع العاملين بالمركز	**Title:** **Employment & Employee Periodic Examination** الفحص قبل التوظيف والفحص الدوري للموظفين	**Page 3 of 4**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-060EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-060EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.7 The SHC physician will update the employee with their immunization status and update the immunization form. Refer to Employee Immunization Policy.

4.8 When the New Employee Checklist form signed by Staff Health physician & stamped by Staff Health clinic stamp, the employee will be instructed to go to the personnel department to submit the form for signature by the head of the personnel department.

4.9 If the employee found to have Hepatitis B or C, the SHC physician will communicate with Head of Lab for confirmation. When it is confirmed, formal advice will be requested from the Head of Infection Control Department regarding the fitness of the employee for his/her job.

4.10 In case of student/trainees, if the serology tests (HIV, Hepatitis B antigen/ antibodies, varicella, blood group, manteaux test and meningitis) has been done within the last **6** months in other recognized center, Staff Health Clinic & he will accept these /she will follow this policy regarding the periodic examination.

4.11 Employees who become ill with contagious disease, have skin lesions, or are injured should report to the Staff Health Clinic. They should refrain from handling IV fluids or medications until considered non-infectious by the staff health clinic. The report of this shall be officially sent to the concerned head department by the staff clinic

4.7 يقوم طبيب عيادة الموظفين بإبلاغ الموظف بحالته والتحصينات اللازمة له وتحديث نموذج التحصين. نظر سياسة تحصين الموظفين.

4.8 عند إكمال نموذج الموظف الجديد وتوقيعه من طبيب عيادة الموظفين وختمه بختم عيادة الموظفين، يتم توجيه الموظف الى قسم شؤون الموظفين لتقديم النموذج للتوقيع من قبل رئيس قسم شؤون الموظفين.

4.9 إذا تم اكتشاف وجود التهاب الكبد (ب) أو (ج) لدى الموظف، يقوم طبيب عيادة الموظفين بالتواصل مع رئيس المختبر للتأكد. بعد التأكد يتم طلب مشورة رسمية من رئيس قسم مكافحة العدوى فيما يتعلق بإمكانية قيام الموظف بوظيفته/وظيفتها.

4.10 في حالة وجود نتائج اختبارات الأمصال (فيروس نقص المناعة البشرية والمستضد والأجسام المضادة لالتهاب الكبد الوبائي، والجدري المائي، وفصيلة الدم، واختبار الدرن والتهاب السحايا) لطالب / متدرب بالمركز في خلال 6 أشهر الأخيرة في مركز آخر معترف به، يمكن قبول هذه النتائج من قبل موظفي عيادة الموظفين ويتم تتبع هذه السياسة فيما يتعلق بالفحص الدوري.

4.11 ينبغي أن يقوم الموظفون الذين يصابون بمرض معد أو لديهم آفات بالجلد أو جرحوا بإبلاغ موظفي عيادة الموظفين. ينبغي لهم أن يمتنعوا عن التعامل مع السوائل الوريدية أو الأدوية حتى يتم اعتبارهم غير ناقلين للعدوى من قبل موظفو عيادة الموظفين. ويتم إرسال هذا التقرير رسميا إلى رئيس قسم المعني من عيادة الموظفين.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Staff Health Employee:

5.1.1 To screen & evaluate the health status of all employees.

5.1.2 To update the employee with their immunization status.

5- المسئوليات:

5.1 موظفو عيادة الموظفين:

5.1.1 فحص وتقييم الوضع الصحي لجميع الموظفين.

5.1.2 ابلاغ الموظف بحالة التحصين الخاصة به.

6- FORMS: **6- النماذج:**

6.1 None

6.1 لا يوجد

7. REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CDC Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007

7.2 GCC Manual

7.3 Association of Professionals in Infection Control (APIC)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Standard Precautions الاحتياطات القياسية	Page 1 of 6
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-056EA (2)	Replaces No.: IC-APP-056EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To ensure that the center has a defined system to prevent transmission of communicable disease between patients, staff & visitors.

2- DEFINITIONS:

2.1 Standard Precautions: Are a group of infection prevention practices that apply to the care of all patients in all healthcare settings, regardless of the suspected or confirmed presence of an infectious agent. They are the primary strategy for the prevention of healthcare-associated transmission of infectious agents among patients and healthcare personnel.

3- POLICY:

3.1 Standard precautions should be applied for the care of all patients regardless of their infectious status.

3.2 Standard Precautions apply to handling of all blood, body fluids, secretions, excretions except sweat, regardless of whether or not they contain visible blood; also apply to any contact with non-intact skin, mucous membranes and to any contact with equipment in the patient's immediate surroundings.

3.3 All HCWs are required to perform adequate hand hygiene at all appropriate times

3.4 All HCWs must appropriately use Personal Protective Equipment (PPE) (gloves, gowns, eye protection or face shield) according to policy

3.5 All HCWs must follow Respiratory Hygiene/Cough Etiquette when there are symptoms of respiratory infection & encourage others to follow the same.

3.6 All HCWs should use equipment, such as mouthpieces and resuscitation bags, instead of mouth-to mouth resuscitation.

3.7 All HCWs should follow adequate procedures for routine care, cleaning & disinfection of

1- الغرض:

1.1 للتأكد من أن المركز لديه نظام محدد لمنع انتقال الأمراض المعدية بين الموظفين والمرضى والزوار.

2- التعريفات:

1.2 الاحتياطات القياسية: هي مجموعة من الممارسات الوقائية من العدوى التي تسري على رعاية جميع المرضى في جميع أماكن الرعاية الصحية، وبغض النظر عن وجود العامل المعدي أو الاشتباه في وجوده. هي الاستراتيجية الأولية للوقاية من انتقال العدوى المصاحبة للرعاية الصحية بين المرضى والعاملين في الرعاية الصحية.

3- السياسات:

3.1 ينبغي أن تطبق الاحتياطات القياسية لرعاية جميع المرضى بغض النظر عن حالتهم.

3.2 الاحتياطات القياسية تنطبق على التعامل مع كل من الدم وسوائل الجسم والإفرازات، إلا إفرازات العرق، وبغض النظر عما إذا كانت أو لم تكن تحتوي على دم مرئي، كما تنطبق أيضا على أي اتصال مع الجلد السليم والأغشية المخاطية وأي اتصال مع المعدات المحيطة بالمريض مباشرة.

3.3 يلزم جميع العاملين بالرعاية الصحية اجراء غسل اليدين في جميع الأوقات المناسبة

3.4 يجب على جميع العاملين بالرعاية الصحية استخدام معدات الوقاية الشخصية (PPE) (القفازات، وأغطية الجسم، وواقي العين أو واقي الوجه) بشكل مناسب وفقاً لسياسة المركز

3.5 يجب على جميع العاملين بالرعاية الصحية تطبيق الطريقة الصحيحة للسعال والتعامل مع افرازات الجهاز التنفسي عندما تكون هناك أعراض عدوى الجهاز التنفسي وتشجيع الآخرين على أن يحذوا حذوهم.

3.6 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية استخدام المعدات، مثل الابواق وأكياس الانتعاش، بدلا من الانعاش عن طريق الفم الى الفم.

3.7 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية اتباع الاجراءات الكافية للتنظيف الروتيني، والرعاية وتطهير الأسطح البيئية في مناطق رعاية المريض مثل الأسرة، قضبان السرير، والمعدات بجانب السرير.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Standard Precautions** **الاحتياطات القياسية**	**Page 2 of 6**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-056EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-056EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

environmental surfaces at patient care areas such as beds, bed rails, & bed side equipment.

3.8 All Laboratory Specimens should be appropriately collected, labeled & transported safely & properly to the laboratory.

3.9 All HCWs should handle, transport & launder used linen soiled with blood, body fluids, secretions & excretions in a manner that prevents skin & mucous membrane exposure and contamination of clothing & that avoids transfer of microorganisms to other patients or the environment.

3.10 All HCWs should take care to prevent injuries when using needles, scalpels, & other sharp instruments or devices.

3.11 All spillages of blood and body fluids should be dealt with immediately.

3.12 All incontinent or non-hygienic patients should be separated from others.

3.13 All HCWs should ensure that reusable equipment is properly sterilized.

3.14 All HCWs should ensure that single-use items are discarded properly.

3.15 All HCWs should follow safe injection practices for administering injections & medications.

3.8 ينبغي أن يتم جمع العينات الخاصة بالمختبر بشكل مناسب وتسميتها ونقلها بأمان وبشكل صحيح إلى المختبر.

3.9 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية التعامل مع الملايات المستعملة والملوثة بالدم وسوائل وافرازات الجسم ونقلها وغسلها بطريقة تمنع تلوث الجلد والأغشية المخاطية وتلوث الملابس وتمنع نقل الميكروبات إلى المرضى الآخرين أو البيئة.

3.10 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية الحرص على تفادي وقوع إصابات عند استخدام الإبر والمشارط والأدوات الحادة أو الأجهزة الأخرى.

3.11 يجب التعامل مع انسكاب الدم وسوائل الجسم على الفور.

3.12 يجب أن يتم فصل جميع المرضى المصابين أو الغير أصحاء عن الآخرين.

3.13 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية ضمان تعقيم المعدات التي يمكن إعادة استخدامها بشكل صحيح.

3.14 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية ضمان أن يتم التخلص من المواد ذات الاستخدام الواحد بشكل صحيح.

3.15 ينبغي على جميع العاملين بالرعاية الصحية اتباع ممارسات الحقن المأمونة للتعامل مع الحقن والأدوية.

4- <u>PROCEDURES</u>:

4.1 Hand Hygiene

4.1.1 Wash hands before each patient contact and before clean or aseptic procedure.

4.1.2 Wash hands after touching blood/ body fluids, mucous membranes, non-intact skin, wound dressings and contaminated items, whether or not gloves are worn.

4.1.3 Wash hands immediately after gloves are removed, between patient contacts, and when otherwise indicated to avoid transfer of microorganisms to other patients or environments.

4.1.4 Wash hands between tasks and procedures on the same patient to prevent cross

4- <u>الإجراءات</u>:

4.1 نظافة اليدين

4.1.1 قم بغسل اليدين قبل كل اتصال بالمريض وقبل إجراء نظيف أو معقم.

4.1.2 قم بغسل اليدين بعد لمس الدم / سوائل الجسم، والأغشية المخاطية والجلد غير السليم وضمادات الجروح والمواد الملوثة، سواء تم أو لم يتم ارتداء القفازات.

4.1.3 قم بغسل اليدين على الفور بعد إزالة القفازات، بين المرضى، وعند الحاجة لتجنب نقل الكائنات الحية الدقيقة للمرضى الآخرين أو للبيئة.

4.1.4 قم بغسل اليدين بين المهام والإجراءات على المريض نفسه لمنع التلوث عبر مواقع الجسم المختلفة. (انظر سياسة غسل اليدين).

contamination of different body sites. Refer to Hand Hygiene Policy.

4.2 Personal Protective equipment (PPE):

Wear PPE when it is anticipated that patient interaction may result in contact with blood or body fluids. Prevent contamination of clothing and skin during the process of removing PPE. Refer to Personal Protective Equipment policy (PPE).

4.2.1 Gloves:

a. Wear gloves (clean, non-sterile gloves) when it is anticipated that contact with blood or other potentially infectious materials, mucous membranes, non-intact skin, or potentially contaminated intact skin (e.g., of a patient incontinent of stool or urine) could occur.
b. Ensure correct size of gloves is worn.
c. Inspect and replace gloves for any tears, cuts or punctures
d. Remove and discard gloves promptly after caring for a patient, before touching non-contaminated items and environmental surfaces, and before going to another patient, and wash hands immediately to avoid transfer of microorganisms to other patients or environments.
e. Change gloves in between patient care if moving from a contaminated body site to a clean site.

4.2.2 Gowns

a. Wear a gown, (a clean, non-sterile gown) to protect skin and prevent soiling of clothing during procedures and patient-care activities that are likely to generate splashes
b. Select a gown that is appropriate for the activity and amount of fluid likely to be encountered.
c. Wear a gown for direct patient contact if the patient has uncontained secretions or excretions.

4.2 معدات الحماية الشخصية (PPE):

قم بارتداء معدات الوقاية الشخصية عندما تتوقع أن التفاعل مع المريض قد يؤدي الى اتصال مع الدم أو سوائل الجسم. حاول منع تلوث الملابس والجلد أثناء عملية إزالة معدات الوقاية الشخصية. (انظر سياسة معدات الحماية الشخصية (PPE)).

4.2.1 القفازات:

4.2.1.1 قم بارتداء القفازات (قفازات نظيفة، غير معقمة) عندما تتوقع حدوث الاتصال مع الدم أو غيرها من المواد التي قد تكون معدية، والأغشية المخاطية والجلد السليم، أو الجلد الغير سليم الملوث (على سبيل المثال، من المريض الذي لا يتحكم في البراز أو البول).

4.2.1.2 تأكد من لبس المقاس الصحيح من القفازات.

4.2.1.3 أفحص القفازات بحثاً عن أي تمزق أو ثقوب وقم باستبدالها عند الحاجة.

4.2.1.4 قم بخلع القفازات والتخلص منها على وجه السرعة بعد تقديم الرعاية للمريض، وقبل لمس الأشياء والأسطح البيئية غير الملوثة، وقبل أن تذهب إلى مريض آخر، وقم بغسل اليدين على الفور لتجنب نقل الكائنات الحية الدقيقة للبيئة أو لمرضى آخرين.

4.2.1.5 قم بتغيير القفازات أثناء الرعاية الصحية للمريض في حالة الانتقال من موقع الجسم الملوث إلى موقع نظيف.

4.2.2 أغطية الجسم

4.2.2.1 قم بارتداء غطاء الجسم، (نظيف، غير معقم) لحماية الجلد ومنع تلوث الملابس خلال الإجراءات وأنشطة رعاية المريض التي من المحتمل أن تولد رذاذ.

4.2.2.2 قم باختيار الغطاء الذي يتناسب مع النشاط وكمية السوائل التي يحتمل مواجهتها.

4.2.2.3 قم بارتداء غطاء الجسم أثناء الاتصال المباشر بالمريض إذا كان المريض به إفرازات أو مخرجات غير محكمة.

4.2.2.4 قم بإزالة غطاء الجسم في أسرع وقت ممكن، وقم بغسل اليدين قبل مغادرة بيئة المريض.

4.2.3 الأقنعة، واقي العين، ودروع الوجه

d. Remove gown as promptly as possible, and perform hand hygiene before leaving the patient's environment.

4.2.3 Masks, Eye Protection, Face shields

a. Wear masks and /or goggles or face shield to protect the mucous membranes of the eyes, nose and mouth during procedures and patient-care activities that are likely to generate splashes or aerosol.

4.3 Respiratory Hygiene/Cough Etiquette

4.3.1 Cover the nose and mouth with a disposable, single use tissue when coughing or sneezing, wiping or blowing nose. Instruct patients and other persons with symptoms of a respiratory infection to do so.

4.3.2 Dispose of used tissues in the nearest appropriate waste bin.

4.3.3 Clean hands with soap and water, or an alcohol-based hand rub, or antiseptic hand wash after touching respiratory secretions or handling contaminated objects.

4.3.4 Wear a surgical mask if respiratory symptoms are present, or for close patient contact.

4.4 Resuscitation Devices:

Use mouthpieces, resuscitation bags, or other ventilation devices as an alternative to mouth-to-mouth resuscitation methods in areas where the need for resuscitation is predictable.

4.5 Handling/disposal of contaminated items

4.5.1 Patient-care equipment and instruments/devices:

Handle used patient care equipment in a manner that prevents skin and mucous membrane exposures, contamination of clothing and transfer of microorganisms to other patients and the environment.

4.5.2 Needles / sharps:

Dispose used sharp items in an approved puncture resistant container immediately after use, at the point of use or as close to the point

4.2.3.1 قم بإرتداء الأقنعة و / أو النظارات الواقية أو درع الوجه لحماية الأغشية المخاطية للعينين والأنف والفم أثناء إجراءات وأنشطة رعاية المريض التي من المحتمل أن تولد رذاذ.

4.3 نظافة الجهاز التنفسي / آداب السعال

4.3.1 قم بتغطية الأنف والفم بمنديل صالح للاستخدام مرة واحدة، عند السعال أو العطس، ومسح الأنف. قم بإرشاد المرضى وغيرهم من الأشخاص الذين يعانون من اعراض التهاب الجهاز التنفسي للقيام بذلك.

4.3.2 يجب التخلص من المناديل الورقية المستعملة في أقرب سلة نفايات مناسبة.

4.3.3 قم بغسل الأيدي بالماء والصابون، أو فرك اليد بالكحول، أو مطهر غسل اليدين بعد لمس الإفرازات التنفسية أو التعامل مع الأشياء الملوثة.

4.3.4 قم بارتداء قناع جراحي إذا هناك أعراض تنفسية موجودة، أو اتصال وثيق بالمريض.

4.4 أجهزة الانعاش:

استخدام أبواق، وأكياس الإنعاش، أو أجهزة التهوية الأخرى كبديل لطريقة إنعاش الفم الى الفم في المناطق التي تتوقع أن تحتاج فيها الى عملية الإنعاش.

4.5 معالجة / التخلص من المواد الملوثة

4.5.1 أجهزة رعاية المريض، والأدوات / الأجهزة:

يتم التعامل مع المعدات المستخدمة في رعاية المرضى بطريقة تمنع تعرض الجلد والأغشية المخاطية للعدوى، وتلوث الملابس، ونقل الميكروبات إلى المرضى الآخرين والبيئة.

4.5.2 الإبر / الأدوات الحادة:

يتم التخلص من الأدوات الحادة المستخدمة في وعاء مقاوم للثقب فوراً بعد الاستخدام، في نقطة الاستخدام أو أقرب نقطة لنقطة الاستخدام قدر الإمكان. (انظر التعامل مع الأدوات الحادة والتخلص منها).

4.6 العناية بالبيئة:

قم بتنظيف وتطهير الأسطح التي تكون على تماس مع المريض والبيئة المحيطة به. (انظر سياسة مبادئ مكافحة العدوى للخدمات البيئية).

of use as possible. Refer to Safe Handling and Disposal of Sharps Policy.

4.6 Care of the environment:
Clean and disinfect surfaces that are in contact with the patient and its environment. Refer to Environmental Services IC Guidelines.

4.7 Textiles and laundry:
Handle, transport and process used soiled linen in a manner that prevents skin and mucous membrane exposure and contamination of clothing and avoids transfer of microorganisms to other patients or environment. Refer to Infection Control Guidelines for Linen Management.

4.8 Medical Waste:
Handle waste in a manner to minimize infection risk. Refer to Waste Management Policy.

4.9 Patient Placement:

4.9.1 Place the patient in a private room who
a. Contaminates the environment (uncontrolled secretions/excretions, large open wound)
b. Does not (or cannot be expected to) assist in maintaining appropriate hygiene or environmental control.

4.9.2 If a private room is not available, consult with infection control staff regarding patient placement or other alternatives.

4.10 Safe injection practices:
Use aseptic technique to avoid contamination of sterile injection equipment.

4.7 الملابس والملايات:
قم بالتعامل مع الملايات المستعملة المتسخة ونقلها بطريقة تمنع تعرض الجلد والأغشية المخاطية للعدوى وتمنع تلوث الملابس وتجنب نقل الكائنات الحية الدقيقة لمرضى آخرين أو البيئة (أنظر سياسة مبادئ مكافحة العدوى في التعامل مع الملايات).

4.8 النفايات الطبية:
قم بالتعامل مع النفايات بطريقة تقلل من خطر العدوى. (أنظر سياسة التعامل مع النفايات).

4.9 مكان المريض:

4.9.1 يتم وضع المريض في غرفة خاصة إذا كان:
a. يلوث البيئة (لديه إفرازات / مخرجات، أو به جرح كبير مفتوح)
b. لا (أو لا يتوقع أن) يقوم بالمساعدة في الحفاظ على نظافة البيئية.

4.9.2 إذا لم يكن هناك غرفة خاصة متوفرة، يتم استشارة فريق مكافحة العدوى بشأن وضع المريض أو توفير بدائل أخرى.

4.10 ممارسات الحقن الآمن:
استخدم تقنية التعقيم لتجنب التلوث من معدات الحقن المعقمة.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Infection control Team:

5.1.1 To monitor and supervise the implementation of the Standard precautions in the CENTER.

5.1.2 To provide regular and targeted education and training to HCWs.

5- المسئوليات:

5.1 فريق مكافحة العدوى:

5.1.1 للمراقبة والإشراف على تنفيذ الاحتياطات المعيارية في المركز.

5.1.2 توفير التعليم العادي والموجه والتدريب للعاملين بالرعاية الصحية.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Standard Precautions** **الاحتياطات القياسية**	**Page 6 of 6**
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-056EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-056EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

5.1.3 To improve awareness and change attitudes and work practices among the institution.

5.1.3 لتحسين الوعي وتغيير المواقف والممارسات في المنشأة.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 None

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 CDC Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007.
7.2 GCC Manual.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Isolation (Expanded) Precautions/ Transmission-based precautions احتياطات العزل الموسعة / المبنية على طرق انتقال المرض Page 1 of 6	
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-020EA(2)	Replaces No.: IC-APP-020EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

1.1 To ensure that the center has a defined system to prevent transmission of communicable disease between patients, staff & visitors.

2- DEFINITIONS:

2.1 ISOLATION (EXPANDED) PRECAUTIONS: To describe the principles of isolation precautions needed to further reduce or prevent the spread of epidemiologically significant or highly transmissible pathogens when standard precautions alone are insufficient.

3- POLICY:

Transmission-based precautions

Apply in addition to Standard Precautions to patients known or suspected of being infected or colonized with an epidemiologically important or highly transmissible pathogen

b. Transmission-based precautions are designed for patients documented to be or suspected to be infected or colonized with highly transmissible epidemiologically important pathogens for which additional precautions beyond Standard Precautions

are required.

1.There are three types of isolation precautions:

Airborne, Droplet and Contact Precautions.

ii. These precautions may be combined for diseases that have multiple routes of

transmission. When used either singularly or in combination, they are to be used

in addition to Standard Precautions

Contact precautions apply when the presence of excessive wound drainage, fecal incontinence or other discharges from the body

1- الغرض:

1.1 للتأكد من أن المركز لديه نظام محدد لمنع انتقال الأمراض المعدية بين الموظفين والمرضى والزوار.

2- التعريفات:

1.2 الاحتياطات الموسعة : لوصف مبادئ احتياطات العزل اللازمة لمواصلة الحد من انتشار مسببات الأمراض الوبائية أو شديدة الانتشار أو منعها عندما تكون الاحتياطات القياسية لوحدها غير كافية

3- السياسات:

الاحتياطات المبنية على طرق انتقال المرض

تطبق بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية للمرضى المعروف أو المشتبه إصابتهم بالعوامل الممرضة شديدة العدوى

ب. يتم تصميم الاحتياطات المبنية على طرق انتقال المرض للتعامل في الحالات المؤكدة أو المشتبهة أو المستعمرة بمسببات الأمراض ذات الأهمية الوبائية العالية جدا والتي تحتاج احتياطات إضافية تتجاوز الاحتياطات القياسية المطلوبة.

1. هناك ثلاثة أنواع من احتياطات العزل:

احتياطات الامراض المنقولة بالهواء، احتياطات الامراض المنقولة بالرذاذ. احتياطات الامراض المنقولة بالتلامس

ثانيا. ويمكن الجمع بين هذه الاحتياطات للأمراض التي لديها طرق متعددة للانتقال.

وعندما تستخدم بشكل فردي أو مجتمعة، فإنها تستخدم

بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية

احتياطات العزل التلامسي

تطبق عند وجود مفرزات غزيرة من الجرح او تسرب براز

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Isolation (Expanded) Precautions/ Transmission-based precautions احتياطات العزل الموسعة / المبنية على طرق انتقال المرض Page 2 of 6	
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-020EA(2)	Replaces No.: IC-APP-020EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

suggest an increased potential for extensive environmental contaminations and risk of transmission

أو غيرها من سوائل الجسم والتي تشير إلى زيادة احتمال تلوث البيئة الواسع النطاق، وخطر انتقال العدوى

Droplet Precautions are intended to reduce the risk of droplet transmission of infectious

agents from close contact (exposure to eyes, nose and mouth) with large-particle droplets (larger than 5 µm) generated by coughing, sneezing, talking or aerosol generating procedures

احتياطات العزل للأمراض المنتقلة بالرذاذ

وتهدف للحد من خطر انتقال العوامل الممرضة المنتقلة بالرذاذ وذلك أثناء التلامس الوثيق (التعرض للعيون والأنف والفم) مع قطيرات الرذاذ

(أكبر من 5 ميكرون) والتي تنتج عن السعال والعطس والحديث أو اي إجراء يؤدي لخروج الرذاذ

. Airborne Isolation Precautions prevents the transmission of infectious agents that remain infectious over long distances when suspended in the air (measles, varicella, pulmonary tuberculosis)

احتياطات العزل للأمراض المنتقلة بالهواء

. تمنع انتقال العوامل الممرضة المحمولة بالهواء والتي تظل معدية لمسافات طويلة عند تعلقها في الهواء (الحصبة، جدري الماء، والسل الرئوي)

Airborne isolation is used when a patient is suspected or confirmed to have any of the

diseases that are spread via the airborne route.

يتم استخدام احتياطات العزل اللازمة ضد العوامل الممرضة المحمولة بالهواء عندما يتم الاشتباه او يتم تكيد إصابة المريض بالأمراض التي تنتشر عن طريق الهواء

4- PROCEDURES:

4- الإجراءات:

Nurses will take the following steps:

تقوم الممرضة باتخاذ الخطوات التالية:

1. Initiate isolation precautions as specified and/or based on clinical assessment of the

patient in consultation with the attending physician and/or infection control practitioner (ICP). (Microbiology reports may or may not support the clinical assessment.)

1. البدء باحتياطات العزل المناسبة كما هو محدد و / أو استنادا إلى التقييم السريري للمريض بالتشاور مع الطبيب المعالج و / أو ممارس مكافحة العدوى. (قد تفيد التقارير المخبرية بدعم التقييم السريري).

2. Arrange for the required isolation supplies for the room; place the appropriate isolation precautions sign on the room door and on the patient's Kardex.

2. تجهيز لوازم العزل المطلوبة للغرفة ووضع علامة العزل التحذيرية المناسبة على باب الغرفة

3. Give the necessary instructions to patients and visitors

3. إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى والزوار

a- Contact isolation

أ- احتياطات العزل للأمراض المنتقلة باللمس

- should be initiated and maintained when there is a suspected or confirmed diagnosis of an infectious disease that is transmitted by the contact route.

- نبغي الشروع فيه والحفاظ عليه عندما يكون هناك تشخص مؤد أو اشتباه لأمراض معدية تنتقل عن طريق التلامس.

- The patient should be in a single room. A neutral pressure room is indicated.
    - Put a contact isolation sign on the door.
    - Keep the door closed.
- All healthcare workers must wear the appropriate PPE (gown and gloves) when

anticipating contact with patient or the patient's environment.

- Change the gown and gloves between patients even if both patients share a room and both are under Contact Precautions

b-droplet precautions

- Initiate and maintain droplet precautions when there is suspected or confirmed

diagnosis of an infectious disease that is transmitted by the droplet route.

- Use a single room. A negative air pressure room is not indicated.
    - Place a droplet sign on the door.
- Wear appropriate PPE (surgical mask, gloves, and gown) as needed.
- A surgical mask is required within 3 feet of the patient.
- 5. The "5 moments of hand hygiene" must be followed by all personnel entering and leaving the patient care area.
- Place a surgical mask on the patient if he/she must leave the room.
- Inform the destination department/facility regarding droplet precautions when the

patient is being transported.

c-Airborne Isolation Precautions

- يجب أن يكون المريض في غرفة واحدة. ذات ضغط طبيعي
    - ✓ يتم وضع علامة العزل التلامسي على الباب.
    - ✓ ويتم الابقاء على الباب مغلقا.
- يجب عليه جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية ارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة للعزل التلامسي (الرداء الطبي والقفازات) عند توقع الاحتكاك مع المريض أو بيئة المريض.
- يجب تغيير الرداء الطبي والقفازات عند الانتقال من مريض لأخر حتى لو كان المرضى يشتركون في غرفة واحدة وكلاهما تحت احتياط التلامس

ب- احتياطات العزل للأمراض المنتقلة بالرذاذ

- يجب الشروع في احتياطات العزل للأمراض المنتقلة بالرذاذ والحفاظ عليها عند وجود اشتباه أو تأكيد التشخيص لمرض معدي ينتقل عن طريق قطيرات الرذاذ.
- نستخدم غرفة مفردة ولا حاجة لتكون ذات ضغط سالب
    - ضع اللوحات التحذيرية لاحتياطات العزل للأمراض المنتقلة بالرذاذ على الباب.
- ارتداء معدات الحماية الشخصية المناسبة للعزل ضد الامراض المنتقلة بالرذاذ (القناع الجراحي، والقفازات، والرداء الطبي -العباءة -) حسب الحاجة.
- يتم ارتداء قناع جراحي عندما نكون ضمن مسافة 3 أقدام من المريض.
- يجب اتباع "٥ للحظات أو المواقف الخمسة لنظافة الأيدي" من قبل جميع الموظفين عند الدخول إلى أو الخروج من عند المريض.
- ضع القناع الجراحي على المربض عندما يحتاج المريض لمغادرة الغرفة.
- عند نقل المريض يجب إبلاغ قسم الوجهة / منشأة لاتخاذ الاحتياطات اللازمة ضد الأمراض المنتقلة بالرذاذ.

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Isolation (Expanded) Precautions/ Transmission-based precautions** **احتياطات العزل الموسعة / المبنية على طرق انتقال المرض** **Page 4 of 6**	
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-020EA(2)**	**Replaces No.: IC-APP-020EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

- Initiate and maintain isolation when there is suspicion or confirmed diagnosis of an infectious disease that is transmitted by the airborne route.
- Use a single room with a negative air pressure system (AIIR)
    - Put the Airborne Isolation sign on the door.
    - Keep door closed at all times except when entering or leaving the room.
- HCWs must wear an N95 mask/respirator before entering the room when a patient has suspected or confirmed pulmonary MTB and remove the mask when outside the room.
- *Transporting Patients on Isolation Precautions*).
    - Place a surgical mask on the patient if he/she must leave the room.
    - Instruct patient on respiratory hygiene and cough etiquette.
    - Limit the transport of patients to essential medical purposes.
    - Put the Airborne Isolation sign
- Instruct patients on respiratory hygiene and cough etiquette.
- Check with staff for their immune status to the disease and instruct them regarding the use of protective apparel and conduct in the isolation room.

D. In settings where airborne precautions cannot be implemented because there is no negative pressure room as in primary health care centers,

❖ do the following:

- Place a surgical mask on the patient.
- Place the patient in a single room with a door. Keep the door closed.

ت- احتياطات العزل للأمراض المنتقلة عن طريق الهواء

- يجب الشروع في العزل والاستمرار به عند وجود اشتباه أو تأكيد لوجود مرض معدي ينتقل عن طريق الهواء.
- تستخدم غرفة منفصلة مزودة بنظام ضغط سلبي
    - وضع اللوحة التحذيرية لعزل الأمراض المنتقلة عن طريق الهواء على الباب.
    - الإبقاء على الباب مغلقا في جميع الأوقات إلا عند دخول الغرفة أو الخروج منها.
- يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية ارتداء الكمامة N95 / أو ما يقوم مقامه قبل الدخول إلى الغرفة وذلك عند وجود اشتباه أو تأكيد لوجود حالة مرض درن رئوي أو أي مرض أخر منتقل بالهواء وإزالة الكمامة عند الخروج من الغرفة.
- عند نقل المريض الموضوع على احتياط العزل للأمراض المنتقلة بالهواء
    - ✓ ضع قناعا جراحيا على المريض إذا كان يجب عليه مغادرة الغرفة.
    - ✓ أرشد المريض على خطوات النظافة أو الصحة التنفسية وآداب السعال
    - ✓ الحد من نقل المريض إلا عند الضرورة.
    - ✓ وضع اللوحة التحذيرية لعزل الأمراض المنتقلة عن طريق الهواء
- إرشاد المرضى على مبادئ الصحة التنفسية وآداب السعال.
- تحقق من حالة الموظفين المناعية ضد المرض وتوجيههم بناء عليه وذلك فيما يتعلق بارتداء الملابس الواقية والتصرف داخل غرفة العزل.

ث - في الحالات التي لا يمكن فيها تنفيذ الاحتياطات ضد الامراض المنتقلة بالهواء بشكل كامل لعدم توفر غرفة ضغط سالب كما هو الحال في مراكز الرعاية الصحية الأولية،

❖ قم بما يلي:

- Provide N95 masks for HCWs entering the patient's room.
- Arrange the patient to be transferred to the nearest hospital with a negative pressure room as soon as possible
- Notify the receiving hospital of the patient's diagnosis and necessary precautions as soon as possible before the patient's arrival.

E- Sequence for Donning Personal Protective Equipment (PPE)

1. Clean your hands
2. Put on gown
3. Put on mask or respirator
4. Put on eye protection (goggles) or face shield
5. Put on gloves

F- Sequence for Removing PPE

1. Take off gloves
2. Take off Face shield or goggles
3. Take off gown
4. Take off Mask or respirator
5. Clean your hands

- ضع قناع جراحي على المريض.
- ضع المريض في غرفة واحدة مع إبقاء الباب مغلقا.
- توفير أقنعة N95 للعاملين لاستخدامها عند دخول غرفة المريض.
- الترتيب لنقل المريض إلى أقرب مستشفى تحوي غرفة ذات ضغط سالب بأسرع وقت ممكن
- يتم إبلاغ المستشفى المحول إليها المريض بقدوم الحالة إليهم ليتخذوا الإجراءات المناسبة
- ج - خطوات ارتداء أدوات الحماية الشخصية

1. غسل الايدي
2. ارتداء الرداء الطبي (العباءة)
3. لبس الكمامة
4. لبس النظارات الواقية أو واقي الوجه
5. ارتداء القفازات

- د- خطوات خلع أدوات الحماية الشخصية

1. خلع القفازات
2. خلع النظارات الواقية أو واقي الوجه
3. خلع الرداء الطبي (العباءة)
4. نزع الكمامة (خارج غرفة المريض)
5. غسل الايدي

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 Infection control Team:

5.1.1 To monitor and supervise the implementation of the expanded precautions in the center.

5.1.2 To provide regular and targeted education and training to HCWs.

5- المسئوليات:

5.1 فريق مكافحة العدوى:

5.1.1 المراقبة والإشراف على تنفيذ الاحتياطات الموسعة في المركز.

5.1.2 توفير التعليم العادي والموجه والتدريب للعاملين بالرعاية الصحية.

5.1.3 تحسين الوعي وتغيير السلوك والممارسات الى سلوك وممارسات صحيحة في المركز الصحي.

5.1.3 To improve awareness and change attitudes and work practices among the institution.

6- FORMS: 6.1 contact precaution sign — 6- النماذج: 6.1العلامة الارشادية لاحتياطات العزل التلامسي

6.2 droplet precaution sign — 6.2العلامة الارشادية لاحتياطات العزل الرذاذي

6.3 airborne precaution sign — 6.3لعلامة الارشادية لاحتياطات العزل التنفسي

7 – REFERRENCES: — 7- المراجع:

دليل دول مجلس التعاون الخليجي الطبعة الثالثة 2018 م.

GCC Infection Prevention & Control Manual third edition-2018

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: INFECTION CONTROL GUIDELINES FOR LINEN MANAGEMENT مبادئ مكافحة العدوى للتعامل مع البياضات Page 1 of 7	
Department:	Policy Number: IC-APP-062EA (2)	Replaces No.: IC-APP-062EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE :

1.1 To define Infection Control guidelines for the center laundry.

1.2 To protect the worker from exposure to potentially infectious materials during collection, handling and sorting of soiled linen.

2- DEFINITIONS:

2.1 Clean Linen: Linen that has gone through the proper laundry processing to be rendered safe to handle by staff and for patient use.

2.2 Soiled /contaminated Linen: Linen that has been used or has come into contact with a contaminated surface, i.e. floor, dirty linen, patients, equipment, etc. whether or not visibly dirty.

2.3 Infected Linen: Linen from patients with specified infections that have the potential to infect healthy staff as well as other patients e.g. patients known to have, or suspected as suffering from enteric fevers, other salmonella infections, open pulmonary tuberculosis, Hepatitis A, B or C. Other infections as defined in the Isolation policy may also be included. Linen that is **heavily** contaminated with blood and/or body fluids is also included in this category.

2.4 Sorting: Process of inspecting and removing foreign, and in some cases dangerous, objects (e.g. sharps or broken glass), from soiled linen before washing. This step is extremely important because soiled linen may contain sharps (e.g., scalpels, sharp-tipped scissors, hypodermic and suture needles and towel clips).

2.5 Standard Precautions: Are a group of infection prevention practices that apply to the care of all patients in all healthcare settings, regardless of the suspected or confirmed presence of an infectious agent. They are the primary strategy for the prevention of healthcare-associated transmission of infectious agents among patients and healthcare personnel.

1- الغرض:

1.1 لتحديد المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى للغسيل.

1.2 لحماية العمال من التعرض لمواد معدية خلال جمع ومعالجة والفرز من البياضات المتسخة.

2- التعريفات:

2.1 البياضات النظيفة: البياضات التي مرت بعملية التنظيف المناسبة بحيث تكون آمنة أثناء تعامل الموظفين معها واستخدام المريض.

2،2 **البياضات المتسخة / الملوثة:** البياضات التي استخدمت أو قد تأتي في اتصال مع السطح الملوث.

3،2 **البياضات الحاملة للعدوى:** البياضات المستخدمة من المرضى الذين يعانون من التهابات محددة والتي لديها القدرة على إصابة الموظفين، فضلا عن غيرهم من المرضى، على سبيل المثال المرضى المعروف أن لديهم، أو يشتبه في أنهم يعانون من الحمى المعوية، والتهابات السالمونيلا الأخرى، والسل الرئوي المفتوح، التهاب الكبد الوبائي (أ)، (ب) أو (ج). كما يمكن أن تشمل الالتهابات الأخرى المذكورة في سياسة العزل. والبياضات التي تكون شديدة التلوث بالدم أو سوائل الجسم مشمولة أيضاً في هذه الفئة.

4،2 **الفرز:** عملية تفتيش وإزالة الاجسام الغريبة، والأشياء (مثل الأدوات الحادة أو الزجاج المكسور)، من البياضات المتسخة قبل غسلها. هذه الخطوة في غاية الأهمية لأن البياضات المتسخة قد تحتوي على الأدوات الحادة في بعض الأحيان (مثل المشارط، والمقصات الحادة ، والإبر تحت الجلد وابر الخياطة ومقاطع منشفة).

2.5 **الاحتياطات القياسية:** هي مجموعة من الممارسات للوقاية من العدوى التي يمكن تطبيقها أثناء رعاية جميع المرضى في جميع الظروف والرعاية الصحية، بغض النظر عن وجود مشتبه بهم. فهي الاستراتيجية

Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: INFECTION CONTROL GUIDELINES FOR LINEN MANAGEMENT** **مبادئ مكافحة العدوى للتعامل مع البياضات**	**Page 2 of 7**
Department:	**Policy Number: IC-APP-062EA (2)**	**Replaces No.: IC-APP-062EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

الأولية للوقاية من انتقال العوامل المعدية المصاحبة للرعاية الصحية بين المرضى والعاملين في الرعاية الصحية.

3- POLICY:

3.1 All personnel involved in collection, transport, sorting & washing of used linens should be adequately trained, should wear PPEs & should have access to hand –washing facilities.

3.2 Center linen or clothing must be changed and laundered between patients -

3.2.1 Linen must be changed daily and immediately after infected patients.

3.2.2 Linen must be changed when soiled or contaminated with blood or body fluids.

3.3 All linen (clean & dirty) should be handled in an appropriate manner to avoid the transmission of Infectious diseases. Soiled linen should be carefully removed with minimum agitation in order to minimize dispersion of the microorganisms into the air.

3.4 It is the responsibility of the person disposing of the linen to ensure that it is segregated properly.

3.5 The processing area for soiled linen must be separate from other areas such as those used for folding and storing clean linen and patient care areas. There should be adequate ventilation and physical barriers (walls) between the clean and soiled linen areas.

3.6 Transport of linen by carts should be moved in such a way that minimizes the risk of cross contamination.

3- السياسات:

3.1 ينبغي على جميع الموظفين العاملين على نقل، وجمع وفرز وغسل البياضات المستخدمة أن يكونوا مدربين تدريباً كافياً، وينبغي عليهم ارتداء معدات الحماية الشخصية ويمكنهم الوصول إلى مرافق غسل الأيدي.

3.2 يجب تغيير البياضات أو الملابس الخاصة بالمركز وغسلها بين المرضى.

3.2.1 يجب تغيير البياضات يومياً ويتم تغييرها مباشرة بعد المرضى المصابين.

3.2.2 يجب تغيير البياضات عندما تتسخ أو تتلوث بالدم أو سوائل الجسم.

3.3 يجب التعامل مع كل البياضات (نظيفة ومتسخة) بطريقة مناسبة لتجنب انتقال الأمراض المعدية. وينبغي إزالة البياضات المتسخة بعناية من أجل تقليل انتشار الكائنات الدقيقة في الهواء.

3.4 الشخص الذي يقوم بالتخلص من البياضات هو المسؤول عن ضمان أن يتم الفصل بشكل صحيح.

3.5 يجب أن تكون منطقة البياضات المتسخة منفصلة عن غيرها من المناطق مثل تلك التي تستخدم لتخزين البياضات النظيفة، ومناطق رعاية المرضى. يجب أن يكون هناك تهوية كافية وحواجز مادية (حائط) بين مناطق البياضات النظيفة والمتسخة.

3.6 يجب أن يتم نقل البياضات بواسطة العربات بالطريقة التي تقلل من مخاطر التلوث المتبادل.

4- PROCEDURES:

4.1 Management of Soiled (Contaminated) linen:

4.1.1 Use of PPE: Wear the recommended personal protective equipment (PPE) for performing the various tasks associated with processing linens.

4.1.1.1 Gloves (preferably household utility gloves) and closed shoes for handling disinfectant solutions, collecting, handling, transporting and sorting soiled linen, for loading automatic washers.

4.1.1.2 Plastic or rubber apron and protective eyewear for sorting soiled linen and loading automatic washers**.**

4.1.2 **Collecting and transporting soiled linen**

4.1.2.1 Collect soiled linen in such a way as to minimize microbial dissemination into the environment.

4.1.2.2 Handle linen as little as possible with minimal agitation to prevent gross microbial contamination of the air and the persons handling the linen.

4.1.2.3 If linen is heavily contaminated with blood or body fluids, carefully roll the contaminated area into the center of the linen and place in a leak proof bag or container with a lid.

4.1.2.4 Infectious & cytotoxic linen is to be placed in biohazard yellow bags.

4.1.2.5 Transport collected soiled linen in closed leak proof bags.

4- الإجراءات:

4.1 التعامل مع البياضات (الملوثة) المتسخة:

4.1.1 **استخدام معدات الوقاية الشخصية:** قم بارتداء معدات الوقاية الشخصية الموصي بها (PPE) لأداء مختلف المهام المرتبطة بتجهيز البياضات.

4.1.1.1 القفازات (يفضل القفازات المنزلية) والأحذية المغلقة للتعامل مع المحاليل المطهرة، وجمع ومعالجة ونقل وفرز البياضات المتسخة، لتحميله في الغسالات الأوتوماتيكية.

4.1.1.2 غطاء الجسم البلاستيك أو المطاط والنظارات الواقية لفرز البياضات المتسخة وتحميلها في الغسالات الأوتوماتيكية.

4.1.2 **جمع ونقل البياضات المتسخة**

4.1.2.1 جمع البياضات المتسخة بطريقة معينة للحد من نشر الجراثيم في البيئة.

4.1.2.2 التعامل مع البياضات بأقل قدر ممكن من الاهتزاز لمنع التلوث الميكروبي للهواء والشخص الذي يقوم بمعالجة البياضات.

4.1.2.3 إذا كان البياضات شديدة التلوث من الدم أو سوائل الجسم، يجب لف البياضات بحيث تكون المنطقة الملوثة في منتصف البياضات ويتم وضعها في كيس أو حاوية مانعة للتسرب بغطاء.

4.1.2.4 يمكن وضع البياضات المعدية والسامة في الأكياس الصفراء الخاصة بالخطر البيولوجي.

4.1.2.5 قم بنقل البياضات المتسخة التي تم جمعها في أكياس مغلقة مانعة للتسرب.

4.1.2.6 Transport soiled linen and clean linen separately in covered and labeled carts or containers.

4.1.3 **Sorting soiled linen**

4.1.3.1 Carefully sort out the soiled linen so as to remove any contained sharps (e.g., scalpels, sharp-tipped scissors, hypodermic and suture needles) .

4.1.3.2 In the event of needle-prick injuries, personnel are required to report to staff health clinic. For details refer to **Management of Needle Prick Injuries/Blood and body fluid Exposures.**

4.1.4 **Laundering soiled linen: (Machine Washing**)

4.1.4.1 Uniforms and scrub suits or gowns worn by housekeeping staff can be safely laundered at home (i.e. home laundering does not increase the risk of infection to patients or staff)

4.1.4.2 All linen items (e.g., bed sheets, surgical drapes, masks, gowns) used in the direct care of a patient must be thoroughly washed before reuse. Wash heavily soiled linen separately from non soiled linen.

4.1.4.3 Adjust the temperature and time cycle of the machine according to manufacturer's instructions and the type of soap or other washing product being used. Both cold and hot water washing cycles that include bleach reduce bacterial counts in the linen.

1. **Hot-water washing:**

   a. Use hot water above 71°C (160 F) and soap to aid in loosening soil for a minimum of 25 minutes.

   b. Add bleach and sour as above.

4.1.2.6 قم بنقل البياضات المتسخة والبياضات النظيفة على حدة في عربات مغطاة.

4.1.3 **فرز البياضات المتسخة**

4.1.3.1 قم بفرز البياضات المتسخة بعناية وذلك لإزالة أي أدوات حادة (على سبيل المثال، المشارط، والمقصات الحادة، والإبر تحت الجلد وإبر الخياطة).

4.1.3.2 في حالة وقوع إصابات الوخز بإبر الحقن، يذهب الموظف إلى عيادة الموظفين. لمزيد من التفاصيل الرجوع إلى **سياسة إدارة إصابات وخز الإبر / الدم والتعرض لسوائل الجسم.**

4.1.4 **غسل البياضات المتسخة (الغسيل بالغسالات):**

4.1.4.1 يمكن غسل الزي الموحد أو العباءات التي يرتديها الموظفون بأمان في المنزل (الغسل في المنزل لا تزيد من خطر العدوى بين المرضى أو الموظفين)

4.1.4.2 جميع أنواع البياضات (على سبيل المثال الشراشف والفوط الجراحية، والأقنعة وأغطية الجسم) المستخدمة في تقديم الرعاية المباشرة للمريض يجب أن تغسل جيداً قبل إعادة استخدامها. يجب غسل البياضات المتسخة بشدة منفصلة عن البياضات الغير متسخة.

4.1.4.3 قم بضبط درجة الحرارة ووقت دورة الجهاز وفقا لتعليمات الشركة الصانعة ونوع الصابون أو غيرها من المنتجات غسيل المستخدمة. كل من دورات المياه الباردة والساخنة التي تحتوي على مبيض تقلل من البكتيريا في البياضات.

1. **الغسل بالمياه الساخنة:**

أ. استخدم الماء الساخن فوق 71درجة مئوية (160 فهرنهايت) والصابون للمساعدة في تخفيف الإتساخ لمدة لا تقل عن 25 دقيقة.

ب. قم بإضافة مبيض على النحو الوارد أعلاه.

ج. قم بضبط وقت دورة الجهاز وفقاً لتعليمات الشركة المصنعة.

2. الغسيل بدرجة حرارة منخفضة:

c. Adjust the time cycle of the machine according to the manufacturer's instructions.

2. **Low temperature Washing:**

a. Use water temperature between 22⁰C - 50 ⁰C (71 F-77 F).

b. Adjust the time cycle of the washer, the wash detergent, and the amount of chlorine (bleach) to reach a total available chlorine residual of 50-150 ppm.

b. When the wash cycle is complete, check the linen for cleanliness. Rewash if it is dirty or stained. (Heavily soiled linen may require two wash cycles).

4.1.5 **Drying, Checking and Folding Linen**:

a. Ensure linen is completely dry before further processing.

b. After linen items are totally dry, check for holes and threadbare areas. If these are present, the item must be discarded or repaired before reuse or storage.

c. Clean and dry linen should be ironed as needed and folded.

d. If sterile linens are required, prepare and sterilize wrapped packs.

4.2 Management of clean linen:

4.2.1 **Storing of clean linen**

a. Keep clean linen in clean, closed cupboards or designated clean linen rooms.

b. No other items to be stored in clean linen room, except the clean linen supplied from the laundry department. The door of the clean room must be closed at all times.

أ. استخدم درجة حرارة المياه ما بين 22 - 50 درجة مئوية (71 -77 فهرنهايت).
ب. قم بضبط وقت الدورة ، ومنظفات الغسيل، وكمية الكلور (تبييض) للوصول الى كمية متبقية من الكلور من 50-150 جزء في المليون.
د. قم بالتحقق من نظافة البياضات عند اكتمال دورة الغسيل. قم بإعادة غسله إذا كان متسخاً أو ملوناً. (قد تحتاج البياضات المتسخة دورتين من الغسيل).

4.1.5 **تجفيف، وفحص، وطي البياضات:**
أ. تأكد من جفاف البياضات تماما قبل مزيد من المعالجة.
ب. بعد التأكد من جفاف البياضات تماما ، تحقق من وجود ثغرات ومناطق مثقوبة. إذا تبين وجودها، لا بد من التخلص من هذا البند أو إصلاحه قبل إعادة استخدامه أو تخزينه.
ج. ينبغي كي البياضات النظيفة والجافة حسب الحاجة وطيها.
د. إذا كانت هناك حاجة للبياضات المعقمة، يتم إعداد وتعقيم حزم ملفوفة.

4.2 **التعامل مع البياضات النظيفة:**

4.2.1 **تخزين البياضات النظيفة**
أ. احتفظ بالبياضات النظيفة في خزائن نظيفة ومغلقة أو في غرف نظيفة مخصصة للبياضات.
ب. لا يتم تخزين أي عناصر أخرى في غرفة البياضات النظيفة، ما عدا البياضات النظيفة القادمة من قسم المغسلة. يجب إغلاق باب الغرفة نظيفة في جميع الأوقات.
ج. احتفظ بالرفوف نظيفة. طاقم التمريض هو المسؤول عن نظافة غرف البياضات في جميع الأوقات.
د. التعامل مع البياضات المخزن يكون بأقل قدر ممكن. ويجب على العاملين غسل اليدين قبل تناول البياضات من غرف البياضات النظيفة.

4.2.2 **نقل البياضات النظيفة:**
أ. ينبغي نقل البياضات النظيفة منفصلة عن البياضات المتسخة.
ب. الحاويات أو العربات المستخدمة في نقل البياضات النظيفة يجب أن تكون معلمة.

c. Keep shelves clean. Nursing staff is responsible for the tidiness of the linen rooms at all times.

d. Handle stored linen as little as possible. Staff should wash hands before taking linen out from the clean linen rooms.

4.2.2 Transporting clean linen:

a. Clean linen should be transported separately from soiled linen.

b. Containers or carts that are used to transport clean linen should be labeled.

c. Clean linen must be wrapped or covered during transport to avoid contamination.

4.2.3 Distributing clean linen

a. Protect clean linen until it is distributed for use.

b. Do not leave extra linen in patients' rooms.

c. Handle clean linen as little as possible.

d. Clean soiled mattresses before putting clean linen on them.

e. Linen that has been taken out for use but not used will not be returned to clean linen storage.

ج. البياضات النظيفة يجب أن تكون ملفوفة أو مغطاة أثناء النقل لتجنب التلوث.

4.2.3 توزيع البياضات النظيفة

أ. قم بحماية البياضات النظيفة حتى يتم توزيعها للاستخدام.
ب. لا تترك بياضات اضافية في غرف المرضى.
ج. قم بالتعامل مع البياضات النظيفة بأقل قدر ممكن.
د. قم بتنظيف الفرش المتسخة قبل وضع البياضات النظيفة عليها.
هـ. لا يتم اعادة البياضات التي اخرجت للاستخدام ولم يتم استخدامها إلى غرفة تخزين البياضات النظيفة.

5- RESPONSIBILITIES:

5.1 **Laundry Staff:**

5.1.1 To maintain standard of quality in the preparation & processing of center linen.

5.1.2 To wear the appropriate PPEs to protect their health and safety when managing soiled or infected linen.

5.2 **Nursing Staff:**

5.2.1 To wear the appropriate PPEs to protect their health and safety when handling soiled or infected linen.

5- المسئوليات:

5.1 طاقم المغسلة:
5.1.1 الحفاظ على مستوى من الجودة في إعداد وتجهيز مركز الكتان.
5.1.2 ارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة لحماية صحتهم وسلامتهم عند التعامل مع البياضات المتسخة أو المصابة.
5.2 **التمريض:**
5.2.1 ارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة لحماية صحتهم وسلامتهم عند التعامل مع البياضات المتسخة أو المصابة.
5.2.2 الحفاظ على البياضات النظيفة في الخزائن نظيفة ومغلقة أو في غرف البياضات النظيفة.
5.2.3 ضمان نظافة غرف البياضات في جميع الأوقات.
5.2.4 التعامل مع البياضات النظيفة بأقل قدر ممكن.
5.3 **عمال النظافة:**

5.2.2 To keep clean linen in clean, closed cupboards or designated clean linen rooms.

5.2.3 To ensure tidiness of the linen rooms at all times.

5.2.4 To handle clean linen as little as possible.

5.3 **Housekeeping Staff:**

5.3.1 To ensure cleanliness of the linen rooms at all times.

5.4 **Infection Control Team:**

5.4.1 To provide up to date guidance and advice on measures to avoid the transmission of infections between patients and staff.

5.4.2 To ensure effective implementation of this guideline by all staff and that the required resources are available.

5.3.1 ضمان نظافة غرف من البياضات في جميع الأوقات.

5.4 **فريق مكافحة العدوى:**

5.4.1 توفير أحدث التوجيهات وتقديم المشورة بشأن التدابير اللازمة لتفادي انتقال العدوى بين المرضى والموظفين.

5.4.2 ضمان التنفيذ الفعال لهذه التوجيهات من قبل جميع الموظفين وأن الموارد المطلوبة متوفرة.

6- FORMS:

6.1 N/A

6- النماذج:

1.6 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 Linen services in Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Inc. (APIC) Text of Infection Control and Epidemiology, Revised Edition 2005.

7.2 MOH guideline 2004.

	Name الاسم	Titlle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Infection control program برنامج مكافحة العدوى	Page 1 of 20
Department: IPC	Policy Number: IC program	Replaces No.: IC program(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

Infection Prevention & Control Program

Introduction:

Health care –associated infections cause approximately 75,000 deaths annually, in addition to increasing morbidity and costs. Over the past decade, a downward trend in health care – associated infections has occurred nationwide. Basic prevention measures include: administrative support, educating health care personnel, and hand hygiene and isolation precautions. Reducing transmission of Clostridium difficile and multidrug -resistant organisms in the hospital setting begins with hand hygiene and contact precautions. Institutional efforts to reduce unnecessary antibiotic prescribing are also strongly recommended.

(1) This program, aims to support the reduction & control of health care associated infections in staff, patients, visitors & volunteers. Health care associated infections continue to cause substantial patient morbidity & cost to the health service. With the new cases of MERS (Corona virus) in our country we should focus our attention to prevent the disease by implementing infection control program in our center.

Definition:

The infection prevention & control program is the sum of all activities & resources within the facility. The program' s ultimate goal is to prevent health care associated infections in staff, patients, visitors & volunteers.

Goals & Objectives:

-The main goal of infection prevention & control program is to establish a comprehensive infection control program to ensure that the organization has a functioning coordinated process in place to reduce the risks of endemic & epidemic nosocomial infections in patients & health care workers & to optimize use of resources through a strong preventive program.

برنامج مكافحة العدوى

مقدمة:

تسبب الالتهابات المرافقة للرعاية الصحية الأولية ما يقرب من 75000 حالة وفاة سنويا، بالإضافة إلى زيادة معدلات الاعتلال والتكاليف.

خلال العقد الماضي حدث انخفاض في معدل الانتانات المرافقة للرعاية الاولية على المستوى الوطني.

وتشمل التدابير الوقائية الأساسية: الدعم الإداري وتثقيف العاملين في مجال الرعاية الصحية، ونظافة اليدين واحتياطات العزل.

يبدأ الحد من انتقال جراثيم Clostridium difficile الطمثية العسيرة الجراثيم المقاوم للأدوية المتعددة في المستشفيات من نظافة اليدين، واحتياطات التماس مع المرضى. كما أوصت بقوة الجهود المؤسسية للحد من الصرف غير الضروري للمضادات الحيوية.

(1) هذا البرنامج يهدف لدعم الحد من العدوى والسيطرة عليها في الرعاية الصحية لوقاية الموظفين والمرضى والزوار والمتطوعين. وبشكل أساسي تستمر العدوى المصاحبة للرعاية الصحية في حدوث الاعتلال المرضي وزيادة تكلفة الخدمات الصحية.

ومع ظهور حالات جديدة من حالات MERS (فيروس كورونا) في بلادنا فإننا يجب أن نركز الاهتمام على منع المرض من خلال تنفيذ برنامج مكافحة العدوى في مركزنا.

تعريف:

برنامج مكافحة العدوى هو جميع الأنشطة والموارد داخل المنشأة. الهدف النهائي للبرنامج هو منع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية في الموظفين والمرضى والزوار والمتطوعين.

الغرض والأهداف:

- الهدف الرئيسي من برنامج مكافحة العدوى هو وضع برنامج شامل لمكافحة العدوى لضمان أن المنشأة لديها عملية منسقة للحد من مخاطر عدوى المستشفيات المتوطنة والوبائية في المرضى والعاملين في مجال

-The infection prevention & control program at this center incorporates the following on an ongoing basis:

1-Surveillanceprevention &control of infections throughout the organization.

2-Develop alternative techniques to address the real potential exposure

3-Select & implement the best techniques to minimize adverse outcomes.

4-Evaluate &monitor the results & revise techniques as needed.

How these program objectives will be achieved:?

-National Standards that are up-to-date & evidence based will be adopted to ensure consistent & effective infection control practice across our center especially in patients care areas and support services such as laboratory, housekeeping & pharmacy.

- Appoint an infection control coordinator.

-Organize an infection control committee that has duties & responsibilities according to the term of reference.

-Create policies & procedures that include routine infection control & prevention practices, preventing transmission & occupational health.

-Identify infection control issues within the center.

-Train staff, patients, visitors & volunteers regarding infection control & prevention according to a training schedule.

-Tours of inspections in all departments daily to evaluate the application of infection control polices & procedures.

-Tours of inspections with the safety officer in all the center monthly & reporting to the center director.

الرعاية الصحية والاستخدام الأمثل للموارد من خلال برنامج وقائي قوي.

- برنامج مكافحة العدوى في المركز يتضمن ما يلي وبشكل مستمر:

1-المراقبة والوقاية ومكافحة الأمراض في جميع أنحاء المنشأة.

2-وضع تقنيات بديلة لمعالجة المخاطر الحقيقية والمحتملة.

3-اختيار وتطبيق أفضل التقنيات لتقليل النتائج السلبية.

4-تقييم ورصد النتائج وتقنيات تنقيح حسب الحاجة.

كيف سيتم تحقيق أهداف البرنامج:

المعايير الوطنية الحديثة والمعتمدة على البراهين لضمان ممارسة مكافحة العدوى المتسقة والفعالة عبر مركزنا خاصة في أماكن خدمة المرضى والخدمات المساندة مثل المختبر، والصيدلية وعمال النظافة.

- تعيين منسق مكافحة العدوى.

- تحديد لجنة مكافحة العدوى لواجباتها ومسؤولياتها وفقا للشروط المرجعية.

-وضع السياسات والإجراءات التي تشمل: مكافحة العدوى، الممارسات الوقائية، منع انتقال العدوى والصحة المهنية.

-تحديد ممارسات مكافحة العدوى في المركز.

-تدريب الموظفين، والمرضى والزوار والمتطوعين بخصوص إجراءات مكافحة العدوى وفقا لجدول زمني.

- عمليات التفتيش اليومية في جميع الأقسام لتقييم تطبيق سياسات وإجراءات مكافحة العدوى.

- عمليات التفتيش مع ضابط الأمن والسلامة في كل أقسام المركز شهرياً ورفع التقارير إلى مدير المركز.

-التعامل مع حالات الوخز بالإبر وفقا لسياسة وإجراءات الوخز الإبر.

- التبليغ عن الأمراض المعدية.

-Dealing with needles sticks according to the policy & procedure of needle stick injury.

-Notification of infectious diseases.

-Collect & analyze infection control data. Encourage doctors & employees to report any encounters or infection control issues.

-Review the data & adjust the infection control program to address & correct the issues.

-Supervising the employee health program & assuring all staff are given all necessary immunizations.

Routine infection prevention & control practices:

Key principles of infection prevention & control include the following:

Hand decontamination:

1-Hands must be decontaminated in all the following circumstances:

- Immediately before every episode of direct patient contact or care, including aseptic procedures.
- Immediately after every episode of direct patient contact or care.
- Immediately after exposure to body fluids.
- Immediately after any other activity or contact with a patient's surroundings that could potentially result in hands becoming contaminated.
- Immediately after removal of gloves. **[new 2012]**

2-Decontaminate hands preferably with a hand rub (conforming to current British standards, except in the following circumstances, when liquid soap and water must be used:

- When hands are visibly soiled or potentially contaminated with body fluids or
- In clinical situations where there is potential for the spread of alcohol –resistant organisms (such as Clostridium difficile or other organisms that cause diarrheal illness). **[new 2012]**

-جمع وتحليل بيانات مكافحة العدوى وتشجيع الأطباء. والموظفين للإبلاغ عن أي قضية لمكافحة العدوى.

-مراجعة البيانات تعديل برنامج مكافحة العدوى لمعالجة وتصحيح المشكلات.

-الإشراف على البرنامج الصحي للموظفين وضمان أن جميع الموظفين قد تم إعطاؤهم التطعيمات اللازمة.

المممارسات الروتينية لمكافحة العدوى:

وتشمل المبادئ الأساسية للوقاية من العدوى والسيطرة عليها ما يلي:

تطهير اليد:

1 اليدين يجب تطهيرها في كل الظروف التالية:

• على الفور قبل التعامل مع المريض أو رعايته، بما في ذلك إجراءات العقيم.

• على الفور بعد كل تعامل المريض مباشرة أو رعايته.

• مباشرة بعد التعرض لسوائل الجسم.

• فورا بعد أي نشاط أو غيره من أنواع الاتصال مع محيط المريض التي يمكن أن تؤدي تلوث الأيدي.

• على الفور بعد إزالة القفازات. [جديد 2012]

2-تطهير اليدين ويفضل مع فرك اليد (مطابقة للمعايير البريطانية الحالية، إلا في الحالات التالية، عندها يجب استخدام الصابون السائل والماء:

• عندما تصبح اليدين متسختين بشكل واضح أو تتلوث بسوائل الجسم أو يحتمل أن تكون

• إمكانية لانتشار الكائنات المقاومة للكحول (مثل الطمثية العسيرة أو غيرها من الكائنات التي تسبب مرض الإسهال) في الحالات السريرية. [جديد 2012]

3- Healthcare workers should ensure that their hands can be decontaminated throughout the duration of clinical work by:

- Being bare below the elbow when delivering direct patient care.
- Removing wrist and hand jeweler.
- Making sure that fingernails are short, clean and free of nail polish.
- Covering cuts and abrasions with waterproof dressings. **[new 2012]**

4- An effective hand washing technique involves three stages: preparation, washing and rinsing, and drying. Preparation requires wetting hands under tepid running water before applying liquid soap or an antimicrobial preparation. The hand wash solution must come into contact with all of the surfaces of the hand. The hands must be rubbed together vigorously for a minimum of 10-15 seconds, paying particular attention to the tips of the fingers, the thumbs and the areas between the fingers. Hands should be rinsed thoroughly before drying with good quality paper towels. **[2003]**

5- When decontaminating hands using an alcohol hand rub, hands should be free from dirt and organic material. The hand rub solution must come into contact with all surfaces of the hand. The hands must be rubbed together vigorously, paying particular attention to the tips of the fingers, the thumbs and the areas between the fingers, until the solution has evaporated and the hands are dry. **[2003]**

6- An emollient hand cream should be applied regularly to protect skin from the drying effects of regular hand decontamination. If a particular soap, antimicrobial hand wash or alcohol product causes skin irritation an occupational health team should be consulted. **[2003] (2)**

7- Hand hygiene procedures include the use of alcohol-based hand rubs (containing 60-95% alcohol) and hand washing with soap and water. Alcohol based hand rub is the preferred method for decontaminating hands, except when hands are visibly soiled (e.g., dirt, blood, body fluids), or

3-ويجب على عاملي الرعاية الصحية ضمان أن أيديهم مطهرة طوال فترة العمل السريري من خلال:

• ذراعهم عارية من تحت الكوع عند تقديم الرعاية المباشرة للمريض.

• إزالة مجوهرات اليد والرسغ.

• التأكد من أن الأظافر قصيرة ونظيفة وخالية من طلاء الأظافر.

• تغطية الجحات بضماد مقاوم للماء. [جديد 2012]

4-تتضمن التقنية الفعالة لغسل الأيدي ثلاث مراحل: الإعداد، الغسيل والشطف، ثم التجفيف.

يتطلب الإعداد ترطيب اليدين تحت الماء الفاتر قبل استخدام الصابون السائل أو مضادات الميكروبات.

عند غسل اليدين يجب أن يلامس المحلول المنظف كل من أسطح اليد ويجب أن تفرك اليدين معا بقوة لمدة لا تقل عن 10-15 ثانية، مع إيلاء اهتمام خاص إلى رؤوس الأصابع، والإبهامين وما بين الأصابع. وينبغي شطف اليدين جيدا قبل التجفيف مع المناشف الورقية ذات نوعية جيدة. [2003]

5- عند تطهير اليدين بالفرك بالكحول، ينبغي أن تكون الأيدي نظيفة من الأوساخ والمواد العضوية. ومحلول فرك اليدين يجب أن يلامس جميع أسطح اليد. يجب أن يتم فرك اليدين معا بقوة، مع إيلاء اهتمام خاص إلى رؤوس الأصابع، ومباينها، حتى يتبخر الحل وتصبح اليدين جافتين. [2003]

6-وينبغي تطبيق إن الكريمات المطرية لليدين بانتظام لحماية البشرة من آثار الجفاف من تطهير اليدين بالماء والصابون.

وينبغي الاستشارة الطبية إذا كان الصابون او مضادات الميكروبات المستخدمة لغسيل اليدين أو الكحول يسبب تهيج الجلد [2003]

7-تشمل إجراءات نظافة اليدين استخدام محلول تطهير اليدين بالكحول (الذي يحتوي على 60-95٪ كحول) وغسل اليدين بالماء والصابون. محاليل فرك اليدين المحتوية على الكحول هي الأسلوب المفضل لتطهير الأيدي، إلا عندما تكون اليدين متسختين بشكل واضح (على سبيل المثال: (الأوساخ والدم وسوائل الجسم)، أو بعد رعاية المرضى الذين يعانون من الإسهال الذي سببه الجراثيم أو الفيروسات المعدية (الطمثية العسيرة،

after caring for patients with known or suspected infectious diarrhea (e.g., Clostridium difficile, norovirus), in which case soap and water should be used. Hand hygiene stations should be strategically placed to ensure easy access.

A. Sample Procedures for Performing Hand Hygiene Using Alcohol-based Hand Rub (follow manufacturer's directions):

• Dispense the recommended volume of product

• Apply product to the palm of one hand

• Rub hands together, covering all surfaces of hands and fingers until they are dry (no rinsing is required)

Hand washing with Soap and Water:

• Wet hands first with water (avoid using hot water)

• Apply soap to hands

• Rub hands vigorously for at least 15 seconds, covering all surfaces of hands and fingers

• Rinse hands with water and dry thoroughly with paper towel

• Use paper towel to turn off water faucet

B. Indications for Hand Hygiene Always perform hand hygiene in the following situations:

• Before touching a patient, even if gloves will be worn

• Before exiting the patient's care area after touching the patient or the patient's immediate environment

• After contact with blood, body fluids or excretions, or wound dressings

• Prior to performing an aseptic task (e.g., accessing a port, preparing an injection)

• If hands will be moving from a contaminated-body site to a clean-body site during patient care

نورو فيروس)، في هذه الحالة ينبغي أن تستخدم الصابون والماء. محطات نظافة اليدين يجب أن تكون مؤمنة لضمان سهولة الوصول إبلها.

أ- نماذج تطهير اليدين بمحلول كحولي (اتبع توجيهات المصنع):

• وضع الكمية المناسبة الموصي بها من المحلول

• تطبيق المحلول على كف يد واحدة

• فرك اليدين معا، ليشمل جميع أسطح اليدين والأصابع حتى تجف (ولا يلزم الشطف)

غسل اليدين بالماء والصابون:

• بلل اليدين أولا بالماء (تجنب استخدام الماء الساخن)

• تطبيق الصابون على الأيدي

• فرك اليدين بقوة لمدة 15 ثانية على الأقل، لتغطي جميع أسطح اليدين والأصابع

• غسل اليدين بالماء ثم تجفف تماما بمنشفة ورقية

• استخدم منشفة ورقية لإغلاق صنبور المياه

B. استطبابيات غسل اليدين ،دائماً اغسل اليدين في الحالات التالية:

• قبل لمس المريض، حتى إذا كان سيتم ارتداء القفازات.

• قبل أن تغادر منطقة رعاية المريض وبعد ملامسة المريض أو البيئة المريض المباشرة

• بعد ملامسة الدم أو سوائل الجسم أو إفرازاته، أو ضمادات الجروح

• قبل أداء مهمة معقمة (على سبيل المثال، الحقن ضمن مدخل القسطرة، إعداد حقنة)

• إذا كان سيتم تحريك الأيدي من موقع ملوث على الجسم إلى موقع نظيف منه أثناء رعاية المريض.

• بعد إزالة القفازات

• After glove removal

(3) <u>Respiratory Hygiene and Cough Etiquette:</u>

To prevent the transmission of respiratory infections in the facility, the following infection prevention measures are implemented for all potentially infected persons at the point of entry and continuing throughout the duration of the visit. This applies to any person (e.g., patients and accompanying family members, caregivers, and visitors) with signs and symptoms of respiratory illness, including cough, congestion, rhinorrhea, or increased production of respiratory secretions.

1. Identifying Persons with Potential Respiratory Infection
   • Facility staff remain alert for any persons arriving with symptoms of a respiratory infection
   • Signs are posted at the reception area instructing patients and accompanying persons to:
   • Self-report symptoms of a respiratory infection during registration
   • Practice respiratory hygiene and cough etiquette (technique described below) and wear facemask as needed
2. Availability of Supplies The following supplies are provided in the reception area and other common waiting areas:
   • Facemasks, tissues, and no-touch waste receptacles for disposing of used tissues
   •Dispensers of alcohol-based hand rub
3. Respiratory Hygiene and Cough Etiquette All persons with signs and symptoms of a respiratory infection (including facility staff) are instructed to:
   • Cover the mouth and nose with a tissue when coughing or sneezing;
   • Dispose of the used tissue in the nearest waste receptacle
   • Perform hand hygiene after contact with respiratory secretions and contaminated objects/materials

3-الجهاز التنفسي وآداب السعال:

لمنع انتقال عدوى الجهاز التنفسي في المرفق الصحي، يتم تطبيق تدابير الوقاية من العدوى التالية لجميع الأشخاص المصابين عند نقطة دخولهم للمرفق مع الاستمرار بتلك التدابير طوال مدة الزيارة.

وهذا ينطبق على أي شخص (على سبيل المثال، المرضى والمرافقين لهم من أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية والزوار) مع وجود علامات وأعراض أمراض الجهاز التنفسي، بما في ذلك السعال، احتقان، سيلان الأنف، أو زيادة الإنتاج من إفرازات الجهاز التنفسي.

1. تحديد الأشخاص ذوي عدوى الجهاز التنفسي المحتملة: * موظفو المرفق الصحي يظلون في حالة تأهب لأي شخص يدخل إليه مع أعراض عدوى الجهاز التنفسي

* يتم نشر تعليمات في منطقة الاستقبال للمرضى ومرافقيهم توجههم بخصوص:

• أعراض عدوى الجهاز التنفسي أثناء التسجيل في الاستقبال

• الممارسات الصحية وآداب السعال (التقنية الموضحة أدناه)، مع ارتداء قناع عند الحاجة

2. توفير اللوازم التالية في الاستقبال ومناطق انتظار المرضى:

• الاقنعة، المناديل، مع عدم لمس حاويات النفايات المناديل المستخدمة

• توفير مطهرات الايدي

3. صحة الجهاز التنفسي وآداب السعال:

يجب تثقيف جميع الأشخاص الذين لديهم علامات وأعراض عدوى الجهاز التنفسي (بما في ذلك موظفو المرفق) بالأمور التالية:

• تغطية الفم والأنف بمنديل عند السعال أو العطس.

• التخلص من المناديل المستخدمة في أقرب وعاء النفايات

• تنظيف اليدين بعد ملامسة إفرازات الجهاز التنفسي والأشياء الملوثة.

4. Masking and Separation of Persons with Respiratory Symptoms If patient calls ahead:
   - Have patients with symptoms of a respiratory infection come at a time when the facility is less crowded or through a separate entrance, if available
   - If the purpose of the visit is non-urgent, patients are encouraged to reschedule the appointment until symptoms have resolved
   - Upon entry to the facility, patients are to be instructed to don a facemask (e.g., procedure or surgical mask)
   - Alert registration staff ahead of time to place the patient in an exam room with a closed door upon arrival

   If identified after arrival:
   - Provide facemasks to all persons (including persons accompanying patients) who are coughing and have symptoms of a respiratory infection
   - Place the coughing patient in an exam room with a closed door as soon as possible (if suspicious for airborne transmission, refer to Airborne Precautions in Section V.D.); if an exam room is not available, the patient should sit as far from other patients as possible in the waiting room
   - Accompanying persons who have symptoms of a respiratory infection should not enter patient-care areas and are encouraged to wait outside the facility
5. Healthcare Personnel Responsibilities
   - Healthcare personnel observe Droplet Precautions in addition to Standard Precautions, when examining and caring for patients with signs and symptoms of a respiratory infection
   - These precautions are maintained until it is determined that the cause of the symptoms is not an infectious agent that requires Droplet or Airborne Precautions
   - All healthcare personnel are aware of facility sick leave policies, including staff who are not directly employed by the facility but provide essential daily services

4. وضع الأقنعة وعزل الأشخاص ذوي الأعراض التنفسية إذا استدعى الامر:

• المرضى الذين يعانون من أعراض عدوى الجهاز التنفسي يحضرون في الوقت الأقل ازدحاما أو من خلال مدخل منفصل، إذا كان متوفراً

• إذا كان الغرض من الزيارة غير عاجلاًًَ، يتم تشجيع المرضى لإعادة جدولة موعدهم حتى تزول الأعراض
• عند دخول المرضى، فإنهم يعطون تعليمات ارتداء قناع الوجه (على سبيل المثال: القناع جراحي)
• ينبه موظفو الاستقبال لوضع المرضى في غرفة الفحص الطبي مع باب مغلق عند وصولهم المرفق الصحي

أما إذا وصل المريض فيجب:

• توفير الأوجه لجميع الأشخاص (بما في ذلك مرافقي المرضى) الذين لديهم سعال وأعراض عدوى الجهاز التنفسي

• ضع المريض المصاب بالسعال في غرفة الفحص الطبي ذات باب مغلق بأسرع ما يمكن وخاصة عند (الاشتباه بإمكانية العدوى المنقولة عبر الهواء، ارجع إلى الاحتياطات المحمولة جوا في القسم V.D)؛ إذا كانت غرفة الفحص الطبي غير متاحة، فيجب على المريض الجلوس في غرفة الانتظار بعيدا ما أمكن عن باقي المرضى

• يجب ألا يدخل مناطق رعاية المرضى المرافقين الذين لديهم أعراض عدوى الجهاز التنفسي ويتم تشجيعهم على الانتظار خارج المنشأة

5. مسؤوليات العاملين في الرعاية الصحية

• التزام موظفي الرعاية الصحية باحتياطات السلامة من العدوى المنقولة بالرذاذ بالإضافة إلى الاحتياطات القياسية، عند الكشف الطبي أو العناية بالمرضى الذين يعانون من أعراض وعلامات عدوى الجهاز التنفسي

• يتم الالتزام بهذه الاحتياطات حتى يتبين أن سبب الأعراض هو مرض غير معدي التي تتطلب احتياطات الوقاية من العدوى بالرذاذ أو العدوى المنقولة بالهواء..

• يجب ان يتجنب العاملون في الرعاية الصحية المصابون بعدوى الجهاز التنفسي الاتصال المباشر مع المريض. وإذا لم يكن ذلك ممكنا، فيجب أن

• Healthcare personnel with a respiratory infection avoid direct patient contact; if this is not possible, then a facemask should be worn while providing patient care and frequent hand hygiene should be reinforced

• Healthcare personnel are up-to-date with all recommended vaccinations, including annual influenza vaccine

6. Staff Communication

• Designated personnel regularly review information on local respiratory virus activity provided by the health department and CDC to determine if the facility will need to implement enhanced screening for respiratory symptoms as outlined in step 7

7. During Periods of Increased Community Respiratory Virus Activity (e.g., Influenza Season) In addition to the aforementioned infection prevention measures, the following enhanced screening measures are implemented:

• When scheduling and/or confirming appointments:

• Pre-screen all patients and schedule those with respiratory symptoms to come when the facility might be less crowded, if possible

• Instruct patients with respiratory symptoms to don a facemask upon entry to the facility C. Respiratory Hygiene and Cough Etiquette December, 2011 6

• If the purpose of the visit is non-urgent, patients with symptoms of respiratory infection are encouraged to schedule an appointment after symptoms have resolved

• Encourage family members, caregivers, and visitors with symptoms of respiratory infection to not accompany patients during their visits to the facility

• If possible, prepare in advance for the registration staff a daily list of patients with respiratory symptoms who are scheduled for a visit

• Upon entry to the facility and during visit:

يرتدوا القناع عند تقديم الرعاية الصحية للمرضى مع التشديد على تكرار غسيل الأيدي.

• جميع العاملين في الرعاية الصحية على بينة من التطعيمات المودي بها وخاصة الانفلونزا الموسمية

6-تواصل الموظفين:

* المراجعة الشخصية بانتظام للمعلومات عن نشاط الفيروسات التنفسية المنتشرة محلياً والمعممة من وزارة الصحة وCDC لتحديد ما إذا كان المرفق الصحي يحتاج إلى تنفيذ وتعزيز الكشف عن أعراض تنفسية على النحو المبين في الخطوة 7

7. خلال فترات تزايد العدوى التنفسية (على سبيل المثال، الأنفلونزا الموسمية) بالإضافة إلى تدابير الوقاية من العدوى المذكورة أعلاه، يتم تنفيذ تدابير الفحص المعزز التالية:

• عند جدولة و / أو تأكيد المواعيد:

• قبل إجراء المسح الطبي لجميع المرضى وإعداد الجدول الزمني لمواعيد ذوي الأعراض التنفسية بحيث يحضرون إلى المنشأة عندما قد تكون أقل ازدحاما، إذا كان ذلك ممكنا

• إرشاد المرضى الذين يعانون من أعراض تنفسية لارتداء قناع الوجه عند دخولهم إلى المرفق C. مع التزامهم بشروط صحة الجهاز التنفسي وآداب السعال .... ديسمبر، 2011 6

• إذا كان الغرض من الزيارة غير عاجلاً، يتم تشجيع المرضى الذين يعانون من أعراض التهاب الجهاز التنفسي لتحديد موعد آخر بعد أن زوال الأعراض

• تشجيع أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية والزوار المصابين بأعراض عدوى الجهاز التنفسي على عدم مرافقة المرضى خلال زياراتهم للمنشأة

• يقوم موظفي التسجيل بإعداد قائمة يومية مقدما - إذا كان ممكنا - من المرضى الذين يعانون من أعراض تنفسية والذين من المقرر زيارتهم.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Infection control program برنامج مكافحة العدوى	Page 9 of 20
Department: IPC	Policy Number: IC program	Replaces No.: IC program(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

• At the time of patient registration, facility staff identify pre-screened patients (from the list) and screen all other patients and accompanying persons for symptoms of respiratory infection

• Patients identified with respiratory symptoms are placed in a private exam room as soon as possible; if an exam room is not available, patients are provided a facemask and placed in a separate area as far as possible from other patients while awaiting care

• If patient volume is anticipated to be higher than usual with prolonged wait time at registration:

i. A separate triage station is established to identify pre-screened patients (from the list) and to screen all other patients and accompanying persons immediately upon their arrival and prior to registration

ii. ii. Patients identified with respiratory symptoms are registered in a separate area, if possible, and placed immediately in a private exam room; if an exam room is not available, patients are provided a facemask and placed in a separate area as far as possible from other patients while awaiting care

• If possible, encourage family members, caregivers, and visitors with symptoms of respiratory infection to not enter the facility **(3)**

• عند دخول المنشأة وأثناء الزيارة:

• عند تسجيل المرضى يقوم الموظفون بتحديد المرضى الذين تم فرزهم (من القائمة) وإجراء المسح للمرضى الآخرين والأشخاص المرافقين بأعراض عدوى الجهاز التنفسي

توضع.

• المرضى المصابين بأعراض تنفسية في غرفة خاصة للفحص الطبي في أقرب وقت ممكن؛ وإذا كانت تلك الغرفة غير متوفرة، يتم تزويد المرضى بقناع ووضعهم في منطقة منفصلة قدر الإمكان عن المرضى الآخرين المنتظرين لتلقي الرعاية الطبية

• إذا كان حجم المرضى المتوقع أعلى من المعتاد مع فترات طويلة من الانتظار عند التسجيل:

1/ يتم إنشاء محطة فرز منفصلة لتحديد المرضى الذين لم يجرى المسح لهم (المحددون في القائمة) وللكشف عن المرضى الآخرين ومرافقيهم فور وصولهم وقبل التسجيل

2/. يتم تسجيل المرضى الذين تم تحديد إصابتهم بأعراض تنفسية في منطقة منفصلة، إذا كان ذلك ممكنا، ووضعهم مباشرة في غرفة الفحص الطبي الخاصة؛ إذا كانت تلك الغرفة غير متوفرة، يتم تزويد المرضى بقناع ووضعهم في منطقة منفصلة قدر الإمكان عن المرضى الآخرين المنتظرين للرعاية.

• إذا كان ممكنا، يتم تشجيع أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية والزوار المصابين بأعراض عدوى الجهاز التنفسي لعدم دخول منشأة (3)

<u>Safe use and disposal of sharps:</u>

1- Sharps should not be passed directly from hand to hand, and handling should be kept to a minimum. **[2003, amended 2012]**
2- Used standard needles:
   - Must not be bent or broken before disposal.
   - Must not be recapped. In dentistry, if recapping or disassembly is unavoidable, a risk assessment must be undertaken and appropriate safety devices should be used. **[new 2012]**
3- Used sharps must be discarded immediately by the person generating the sharps waste into a sharps

<u>الاستخدام الآمن والتخلص من الأدوات الحادة:</u>

1-لا ينبغي أن تنتقل الأدوات الحادة مباشرة من يد إلى يد، ويجب أن تبقى في الحد الأدنى. [2003 المعدل عام 2012]

2- الإبر القياسية المستخدمة:

• يجب ألا تكون منحنية أو مكسورة قبل التخلص منها.

• ألا يتم إعادة الغطاء على الابر. أما في طب الأسنان، إذا كانت إعادة التغطية أو تفكيك الإبرة لابد منها عندها لا بد من إجراء تقييم للمخاطر المحتملة، وينبغي أن تستخدم أجهزة السلامة المناسبة. [جديد 2012]

container conforming to current standards. **[new 2012]**

4- Sharps containers:
- Must be located in a safe position that avoids spillage, is at a height that allows the safe disposal of sharps, is away from public access areas and is out of the reach of children.
- Must not be used for any other purpose than the disposal of sharps.
- Must be disposed of when the fill line is reached.
- Should be temporarily closed when not in use.
- Should be disposed of every 3 months even if not full, by the licensed route in accordance with local policy. **[new 2012]**

5- Use sharps safety devices if a risk assessment has indicated that they will provide safer systems of working for healthcare workers, careers and patients. **[new 2012]**

6- Train and assess all users in the correct use and disposal of sharps safety devices. **[new 2012] (2)**

<u>Use of personal protective equipment:</u>

1- Selection of protective equipment must be based on an assessment of the risk of transmission of microorganisms to the patient, and the risk of contamination of the healthcare worker's clothing and skin by patient's blood, body fluids, secretions or excretions. **[2003]**

2- Gloves used for direct patient care:
- Must conform to current EU legislation (CE marked as medical gloves for single use) and
- Should be appropriate for the task. **[new 2012]**

3- Gloves must be worn for invasive procedures, contact with sterile sites and non-intact skin or mucous membranes, and all activities that have been assessed as carrying a risk of exposure to blood, body fluids, secretions or excretions, or to sharp or contaminated instruments. **[2003]**

4- Gloves must be worn as a single –use items. They must be put on immediately before an episode of patient contact or treatment and removed as soon as the activity is completed. Gloves must be changed between caring for different patients, and between

3-الأدوات الحادة لا مستخدمة يجب التخلص منها على الفور من قبل الشخص المسؤول عن النفايات الحادة في أوعيتها المطابقة للمعايير الحالية. [جديد 2012]

4- حاويات النفايات الحادة:

• يجب أن يكون موجودا في وضع آمن مع تجنب الانسكاب، هو في الارتفاع الذي يسمح للتخلص الآمن من الأدوات الحادة، بعيدا عن الأماكن العامة وعن متناول الأطفال.

• يجب عدم استخدامها لأي غرض آخر سوى التخلص من الأدوات الحادة.

• يجب التخلص منها عند الوصول إلى خط التعبئة.

• يجب أن تغلق مؤقتا عندما لا تكون قيد الاستعمال.

• يجب أن يتم التخلص من كل 3 شهور حتى لو لم يكن كاملا، من خلال السياسات المحلية. [جديد 2012]

5- يتم استخدام أجهزة السلامة مع الأدوات الحادة إذا تم تقييم مخاطر استخدام الأدوات الحادة، لأنها سوف توفر أماناً لموظفي الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية والمرضى. [جديد 2012]

6- تدريب وتقييم كافة المستخدمين للأدوات الحادة على الاستخدام الصحيح لها وكيفية التخلص من منها

[جديد 2012] (2)

<u>استخدام معدات الوقاية الشخصية:</u>

1-يستند اختيار المعدات الواقية على تقييم مخاطر انتقال الميكروبات للمريض، وخطر تلوث ملابس موظفي الرعاية الصحية والجلد عن طريق دم المريض، سوائل الجسم، وإفرازاته. [2003]

2- القفازات المستخدمة للرعاية المباشرة للمريض:

• يجب أن تتوافق مع التشريعات الحديثة للاتحاد الأوروبي (CE: تدل على أن القفازات الطبية ذات استخدام لمرة واحدة)

• ينبغي أن تكون مناسبة للقيام بهذه المهمة. [جديد 2012]

different care or treatment activities for the same patient. **[2003]**

5- Ensure that gloves used for direct patient care that have been exposed to body fluids are disposed of correctly, in accordance with current national legislation or local policies. **[new 2012]**

6- Alternatives to natural rubber latex gloves must be available for patients, careers and healthcare workers who have a documented sensitivity to natural rubber latex. **[2012]**

7- Do not use polythene gloves for clinical interventions. **[new 2012]**

8- When delivering direct patient care:

- Wear a disposable plastic apron if there is a risk that clothing may be exposed to blood, body fluids, secretions or excretions or
- Wear a long –sleeved fluid–repellent gown if there is a risk of extensive splashing of blood, body fluids, secretions or excretions onto skin or clothing. **[2012]**

9- When using disposable plastic apron or gowns:

- Use them as single –use items, for one procedure or one episode of direct patient care and
- Ensure they are disposed of correctly. **[2012]**

10-Face masks and eye protection must be worn where there is a risk of blood, body fluids, secretions or excretions splashing into the face and eyes. **[2003]**

11- Respiratory protective equipment, for example a particulate filter mask, must be used when clinically indicated. **[2003]**

12- Personal Protective Equipment (PPE) use involves specialized clothing or equipment worn by facility staff for protection against infectious materials. The selection of PPE is based on the nature of the patient interaction and potential for exposure to blood, body fluids or infectious agents. A review of available PPE should be performed periodically (e.g., annually) due to new product developments and improvements. Please note that this section does not address issues related to PPE for the preparation and handling of anti-neoplastic and hazardous drugs. The recommended PPE for those

3-يجب ارتداء قفازات خاصة بالإجراءات الجراحية، المعقمة أو التماس مع الجلد المصاب أو الأغشية المخاطية، وجميع الأنشطة التي تم تقييمها على أنها تحمل خطر التعرض للدم وسوائل الجسم، الإفرازات، أو لمس الأدوات الحادة أو الأدوات الملوثة. [2003]

4- يجب ارتداء قفازات ذات الاستعمال واحدة ويجب أن تلبس على الفور قبل التماس مع المريض أو علاجه وإزالتها بمجرد الانتهاء من النشاط. يجب تغيير القفازات بين رعاية المرضى المختلفين، وبين أنشطة الرعاية المختلفة لنفس المريض. [2003]

5- التأكد من التخلص الآمن من القفازات المستخدمة في الرعاية المباشرة للمريض التي تلوثت بسوائل الجسم، وفقا للتشريعات الوطنية أو السياسات المحلية. [جديد 2012]

6- توفير بدائل قفازات مطاطية الطبيعية للمرضى ومقدمي الرعاية والعاملين في الرعاية الصحية الذين لديهم حساسية لمادة التلكس الموثقة من المطاط الطبيعي. [2012]

7- لا تستخدم قفازات البوليتين للتدخلات سريرية. [جديد 2012]

8- عند تقديم الرعاية المباشرة للمريض:

• ارتداء المئزر البلاستيكي ذو الاستخدام لمرة واحدة إذا كان هناك خطر التعرض للدم وسوائل الجسم أو الإفرازات

• ارتداء المئزر ذو الأكمام الطويلة غير الماص إذا كان هناك خطر من الرش الواسع من الدم وسوائل الجسم أو إفرازات على الجلد أو الملابس. [2012]

9- متى يستخدم المئزر البلاستيكي أوالـ (gown):

• الاستخدام لمرة واحدة، لإجراء واحد أو حلقة واحدة من الرعاية المباشرة للمريض و

• التأكد من أنه تم التخلص منها بشكل صحيح. [2012]

10-يجب ارتداء أقنعة الوجه وحماية العين إذا كان هناك خطر تعرضهما. للدم وسوائل الجسم أو الإفرازات [2003]

11- معدات واقية الجهاز التنفسي، على سبيل المثال أقنعة تصفية الجزيئات المستخدمة في الفحص السريري. [2003]

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Infection control program برنامج مكافحة العدوى	Page 12 of 20
Department: IPC	Policy Number: IC program	Replaces No.: IC program(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

procedures should be determined in accordance with OSHA and NIOSH.

A. **Use of PPE**

Gloves:

Wear gloves when there is potential contact with blood (e.g., during phlebotomy), body fluids, mucous membranes, non-intact skin or contaminated equipment.

• Wear gloves that fit appropriately (select gloves according to hand size)

• Do not wear the same pair of gloves for the care of more than one patient

• Do not wash gloves for the purpose of reuse

• Perform hand hygiene before and immediately after removing gloves

Gowns:

Wear a gown to protect skin and clothing during procedures or activities where contact with blood or body fluids is anticipated.

• Do not wear the same gown for the care of more than one patient

• Remove gown and perform hand hygiene before leaving the patient's environment (e.g., exam room)

Facemasks (Procedure or Surgical Masks):

Wear a facemask:

• When there is potential contact with respiratory secretions and sprays of blood or body fluids (as defined in Standard Precautions and/or Droplet Precautions)

• May be used in combination with goggles or face shield to protect the mouth, nose and eyes

• When placing a catheter or injecting material into the spinal canal or subdural space (to protect patients from exposure to infectious agents carried in the mouth or nose of healthcare personnel)

• Wear a facemask to perform intrathecal chemotherapy

Goggles, Face Shields:

12- معدات الحماية الشخصية (PPE) هي التي يرتديها موظفو الرعاية الصحية من أجل حمايتهم من العدوى. ويستند اختيار PPE على طبيعة التعامل مع المريض وإمكانية التعرض للدم وسوائل الجسم أو العوامل المعدية. يجب أن يتم مراجعة PPE بشكل دوري (على سبيل المثال، سنويا) بسبب تطور المنتجات.

يرجى ملاحظة أن هذا القسم لا يتناول القضايا المتعلقة بتحضير معدات الوقاية الشخصية وتداولها والخاصة بالأدوية المضادة الأورام والأدوية السامة.

ينبغي تحديد معدات الوقاية الشخصية الموصي بها لتلك الإجراءات وفقا لـ OSHA وNIOSH.

A. استخدام معدات الوقاية الشخصية

القفازات:

يتم ارتداء القفازات عندما يكون هناك تماس محتمل مع الدم (على سبيل المثال: الفصد) وسوائل الجسم والأغشية المخاطية والجلد غير السليم أو المعدات الملوثة.

• ارتداء القفازات التي تناسب حجم اليد

• لا ترتدي نفس القفازات لرعاية أكثر من مريض واحد

• لا تغسل القفازات بغرض إعادة الاستخدام

• تنظيف اليدين قبل وبعد إزالة القفازات على الفور

:Gowns

ارتداء Gowns لحماية الجلد والملابس خلال الإجراءات أو الأنشطة التي من المتوقع فيها التماس مع الدم أو سوائل الجسم.

• لا ترتدي نفس Gowns لرعاية أكثر من مريض واحد

• إزالة Gowns وتنظيف اليدين قبل أن تغادر بيئة المريض (على سبيل المثال، غرفة الفحص

أقنعة الوجه والأقنعة جراحية):

ارتداء قناع الوجه:

Wear eye protection for potential splash or spray of blood, respiratory secretions, or other body fluids.

• Personal eyeglasses and contact lenses are not considered adequate eye protection

• May use goggles with facemasks, or face shield alone, to protect the mouth, nose and eyes

Respirators:

If available, wear N95-or higher respirators for potential exposure to infectious agents transmitted via the airborne route (e.g., tuberculosis).

• All healthcare personnel that use N95-or higher respirator are fit tested at least annually and according to OSHA requirements

B. Recommendations for Donning PPE

• Always perform hand hygiene before donning PPE

• If wearing a gown, don the gown first and fasten in back accordingly

• If wearing a facemask or respirator:

• Secure ties or elastic band at the back of the head and/or neck

• Fit flexible band to nose bridge

• Fit snug to face and below chin

• If wearing goggles or face shield, put it on face and adjust to fit

• If wearing gloves in combination with other PPE, don gloves last 3.

C. Recommendations for Removing PPE

• Remove PPE before leaving the exam room or patient environment (except respirators which should be removed after exiting the room)

• **Removal of gloves:**

• Grasp outside of glove with opposite gloved hand; peel off

• Hold removed glove in glove hand

• Slide ungloved fingers under the remaining glove at the wrist; peel off and discard

• **Removal of gowns:**

• عندما يكون هناك تماس محتمل مع إفرازات الجهاز التنفسي ورذاذ الدم أو سوائل الجسم (كما هو موضح في الاحتياطات القياسية و / أو احتياطات انتقال العدوى بالقطرات)

• يمكن أن تستخدم مع نظارات واقية أو درع الوجه لحماية الفم والأنف والعينين

• عند وضع قسطرة أو حقن مادة في القناة الشوكية أو المنطقة تحت الجافية (لحماية المرضى من التعرض للعوامل المعدية المنقولة في فم أو أنف العاملين في الرعاية الصحية)

• ارتداء القناع لأداء العلاج الكيميائي intrathecal chemotherapy

نظارات واقية، أقنعة الوجه:

ارتداؤها لحماية العين من التعرض المحتمل لرذاذ الدم، إفرازات الجهاز التنفسي أو سوائل الجسم الأخرى.

• لا تعتبر النظارات الشخصية والعدسات اللاصقة حماية كافية العين

• قد تستخدم نظارات الوقاية مع القناع، أو درع الوجه لوحده، لحماية الفم والأنف والعينين

التنفس:

ارتداء N95 أو أجهزة التنفس العليا إذا كانت متوفرة، عند احتمال التعرض للعوامل المعدية المنقولة عبر الهواء (على سبيل المثال: السل).

• جميع العاملين في الرعاية الصحية المستخدمين لـ N95 أو أعلى يجب أن يجرى لهم اختبار تنفس سنويا على الأقل وفقا لمتطلبات OSHA

B. توصيات لارتداء معدات الوقاية الشخصية

• تنظيف اليدين دائما قبل ارتداء معدات الوقاية الشخصية

•ارتداء gown أولا وربطه من خلف الظهر.

• ارتداء قناع الوجه أو جهاز تنفس:

•الربطات الآمنة أو شريط مطاطي في الجزء الخلفي من الرأس و / أو الرقبة

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Infection control program برنامج مكافحة العدوى	Page 14 of 20
Department: IPC	Policy Number: IC program	Replaces No.: IC program(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

• Remove in such a way to prevent contamination of clothing or skin
• Turn contaminated outside surface toward the inside
• Roll or fold into a bundle and discard
• **Removal of facemask or respirator**
• Avoid touching the front of the mask or respirator
• Grasp the bottom and the ties/elastic to remove and discard
• **Removal of goggles or face shield**
• Avoid touching the front of the goggles or face shield
• Remove by handling the head band or ear pieces and discard
• Always perform hand hygiene immediately after removing PPE **(3)**

Waste disposal:

1- Healthcare waste must be segregated immediately by the person generating the waste into appropriate color-coded storage or waste disposal bags or containers defined as being compliant with current national legislation and local policies. **[new 2012]**
2- Healthcare waste must be labeled, stored, transported and disposed of in accordance with current national legislation and local policies. **[new 2012]**
3- Educate patients and careers about the correct handling, storage and disposal of healthcare waste. **[new 2012] (2)**

-Appropriate sterilization, disinfection & antisepsis of reusable equipment & office surfaces must be routine.

-Judicious use of antibiotics to avoid the emergence of antibiotic –resistant organisms.

-Yearly screening of staff for hepatitis B & C, HIV, measles, mumps, rubella, chicken pox & T.B.

COLLECTION AND TRANSPORT OF LABORATORY SPECIMENS:

• احتواء جسر الأنف بحافة القناع العلوية
• مناسب للوجه ويحميه حتى تحت الذقن
• عند ارتداء النظارات الواقية أو درع الوجه يجب ضبطها على الوجه.
• عند ارتداء القفازات مع غيرها من معدات الوقاية الشخصية، يتم لبس القفازات آخراً.

C. توصيات لإزالة PPE

• إزالة PPE قبل مغادرة غرفة الفحص أو بيئة المرضى (باستثناء الكمامات التي ينبغي إزالتها بعد الخروج من الغرفة)

• **إزالة القفازات:**
• امسك خارج القفازات باليد ذات القفاز المعاكس. ثم اخلع قفاز اليد.
• أمسك القفاز المخلوع باليد ذات القفاز
• حرك أصابع اليد المخلوعة القفاز تحت قفاز اليد المتبقية من المعصم ثم اخلع القفاز الباقي وارمه في المكان المخصص.
• إزالة gowns:
• تتم الإزالة بمثل هذه الطريقة لمنع تلوث الملابس أو الجلد
• يتم تدوير الجزء الملوث خارجياً باتجاه الداخل
• لفه أو طيه في حاوية النفايات الطبية
• **إزالة قناع أو الكمامات**
• تجنب لمس الجزء الأمامي من القناع أو الكمامات
• أمسك أسفله مع العقد / الجزء المرن ثم أزله وتخلص منه
• **إزالة النظارات الواقية أو درع الوجه**
• تجنب لمس الجزء الأمامي من النظارات الواقية أو درع الوجه
• إزالته بإمساك قطعة الرأس أو قطعتي الأذنين ثم يزال ويرمى
• دائما تنظيف اليدين مباشرة بعد إزالة معدات الوقاية الشخصية (3)

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Infection control program برنامج مكافحة العدوى	Page 15 of 20
Department: IPC	Policy Number: IC program	Replaces No.: IC program(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

Laboratory results for your residents are contingent on the quality of the sample taken and proper adherence to transport directions. Poorly collected or transported specimens will lead to improper or delayed treatment for your resident.

Procedures for Specimen Collection and Transport:

• Every specimen submitted to a laboratory must be labeled with at least the patient name, source of specimen (specific site of specimen), date, and time of collection of specimen. In addition, completely fill out the test request form. The name on the specimen must match the name on the request form. Include any specific requests/organisms the laboratory is to test for.

• Do not contaminate the external surface of the collection/transport device or the accompanying paperwork.

• Minimize direct handling of the specimen from the resident to the laboratory by utilizing transport systems, such as sealable plastic bags, provided by your laboratory.

• All specimens must be promptly transported to the laboratory. **(4)**

Housekeeping's Role in Infection Prevention:

- The role of the housekeeper or environmental cleaning personnel is critical to the control and prevention of infections in the hospital. It is a team effort to which all hospital workers play a part – doctors, nurses at the bedside, respiratory therapists, pharmacists, physical therapists, surgery technicians in the Operating Rooms, cooks in the kitchen and housekeepers who work throughout the busy hospital to maintain a clean environment.
- Bacteria are able to survive in dust and on bedrails, phones, nurse call buttons, curtains and other surfaces for long periods. Hand hygiene is important for all hospital workers but without a clean environment, hands will quickly become decontaminated.

التخلص من النفايات:

1-يجب فصل نفايات الرعاية الصحية على الفور من قبل الشخص المسؤول عن جمع النفايات في حاويات أو أكياس محددة لونياً متوافقة مع التشريعات الوطنية والسياسات المحلية. [جديد 2012]

2-يجب أن تكون النفايات في الرعاية الصحية ذات لصاقه تعريفية ومخزنة ومنقولة إلى أماكن التخلص منها وفقا للتشريع الوطني والسياسات المحلية. [جديد 2012]

3- تثقيف المرضى ومقدمي الرعاية حول التعامل الصحيح والتخزين والتخلص من نفايات الرعاية الصحية. [جديد 2012] (2)

-يجب أن يتم التعقيم والتطهير للمعدات القابلة لإعادة الاستخدام وأسطح المكتب دورياً.

- الاستخدام الحكيم للمضادات الحيوية لتجنب ظهور الكائنات المقاومة للمضادات الحيوية.

-الفحص السنوي للموظفين لالتهاب الكبد B & C وفيروس نقص المناعة والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية وجدري الماء & TB.

جمع ونقل مختبر عينات:

النتائج المختبرية للمقيمين تتوقف على نوعية العينة المأخوذة والتقيد السليم بتوجيهات نقل العينات. جمع العينات السيئ أو النقل الخاطئ يؤدي إلى علاج غير مناسب أو تأخير ه.

إجراءات جمع العينات ونقلها:

• كل عينة مقدمة إلى مختبر يجب أن يكون عليها لصاقه تعريفية مكتوب عليها على الأقل اسم المريض، مصدر العينة (موقع معين من العينة)، وتاريخ، ووقت جمع العينة. وبالإضافة إلى ذلك، تعبئة استمارة طلب الاختبار تماما. الاسم على العينة يجب أن يطابق الاسم على نموذج طلب. يتضمن طلب الفحص أيضاً أي طلبات محددة أو فحص عضوي.

• لا تلوث السطح الخارجي لجهاز جمع / النقل أو الأوراق المرفقة معه.

• تقليل التعامل المباشر لعينة المقيمين عند نقلها إلى المختبر باتباع أنظمة النقل، مثل أكياس البلاستيك القابلة للغلق، التي يزود بها المختبر الخاص.

- Prevention of healthcare associated infections depends on a clean and properly disinfected patient room. In order to reduce the number of infections in the hospital, it is extremely important that housekeepers understand their role, proper cleaning procedures and the soaps or chemical solutions they use for cleaning. **(5)**

Infection control in pharmacy:

Medication Storage and Handling

1. Medication Storage

- Store all medications (e.g., injectable hormonal agents) in accordance with manufacturer's instructions (e.g., shelf-life, temperature)
- Use of freezers/refrigerators
  - Store medications that require refrigeration in a dedicated, labeled refrigerator that meets requirements for such storage (e.g., thermostat control, separate exterior door for refrigerator and freezer compartments)
  - Designated personnel maintain temperature log (monitor temperature at least twice daily for vaccine storage) and ensure alternative storage method is in place in the event of power or refrigerator failure
- Multi-dose vials are stored in the Medication Room and not in the immediate patient treatment area.

2. Medication Preparation

- Draw up medications in the Medication Room or in a designated clean area that is free of any items potentially contaminated with blood or body fluids (e.g., used equipment such as syringes, needles, IV tubing, blood collection tubes, and needle holders)
- *Note*: Multi-dose vials should not be accessed in the immediate patient treatment area (e.g., exam room, chemotherapy suite); if a multi-dose vial enters the immediate patient-care area, it should be dedicated to that patient and discarded after use

• جميع العينات يجب أن يتم نقلها على الفور إلى المختبر. (4)

دور التدبير المنزلي في منع العدوى:

• دور التدبير المنزلي أو التنظيف البيئي أمر بالغ الأهمية للمراقبة والوقاية من العدوى في المرفق الصحي. بل هو جهد جماعي يشارك فيها جميع العاملين في المرفق ويلعب دورا - الأطباء والتمريض، ومسؤولو العلاج التنفسي والصيادلة ومسؤولو العلاج الطبيعي وفنيي الجراحة في غرف العمليات، الطباخين في مطبخ المشفى وعمال النظافة الذين يعملون في جميع أنحاء المرفق المزدحم للحفاظ على بيئة نظيفة.

• البكتيريا قادرة على البقاء على قيد الحياة في الغبار وعلى قضبان السرير، والهواتف، وأزرار استدعاء التمريض، والستائر وغيرها من الأسطح لفترات طويلة. نظافة اليدين مهمة لجميع العاملين في المرفق ومن دون بيئة نظيفة، سوف تتلوث اليدين بسرعة.

• الوقاية من العدوى المرتبطة بمراكز الرعاية الصحية يعتمد على غرفة نظيفة مع تطهيرها بشكل صحيح المريض. من أجل تقليل عدد الإصابات في المستشفى، من المهم للغاية أن يكون عمال النظافة على دراية بمهامهم في إجراءات التنظيف المناسبة ونوعية الصابون أو المحاليل الكيميائية التي يستخدمونها للتنظيف. (5)

مكافحة العدوى في الصيدلة:

تدبير الأدوية وتخزينها:

1. تخزين الأدوية

• قم بتخزين جميع الأدوية (مثل حقن عوامل هرمونية) وفقا لتعليمات الشركة الصانعة (على سبيل المثال، مدة الصلاحية، ودرجة الحرارة)

• استخدام مجمدات / الثلاجات

- تخزين الأدوية التي تحتاج إلى تبريد في ثلاجة مخصصة ومسماة، التي تلبي متطلبات هذا التخزين (على سبيل المثال، مراقبة الحرارة، والباب الخارجي منفصل عن الثلاجة والفريزر ومقصوراتها)

- *Note*: Bags or bottles of intravenous solution (e.g., bag of saline) should not be used for more than one patient
- Use an aseptic technique to access parenteral medications:
    - Perform hand hygiene before handling the medication
    - Disinfect the rubber septum with alcohol and allow the alcohol to dry prior to piercing
    - Always use a new sterile syringe and sterile needle to draw up the medication; be careful to avoid contact with the non-sterile environment during the process
    - Never leave a needle inserted into the septum of a medication vial for multiple draws
    - Ensure that any device inserted into the septum (e.g., chemotherapy dispensing pins) are used in accordance with manufacturer's instructions and they do not compromise the integrity of the remaining vial contents
    - Minimize multiple entries into bags of fluid to add medications; if more than one entry is required, always use a new sterile syringe and sterile needle and access the bag using aseptic technique.

3. When to Discard Medications

- Medications should always be discarded according to the manufacture's expiration date (even if not opened) and whenever sterility is compromised or questionable
- For single-dose vials that have been opened or accessed (e.g., needle-puncture), the vial should be discarded according to the time the manufacturer specifies for the opened vial or at the end of the case/procedure for which it is being used, whichever comes first. It should *not* be stored for future use.
- For multidisc vials that have been opened or accessed (e.g., needle-punctured), the vials should

-يقوم الموظفين المعينين بتسجيل درجة الحرارة (درجة الحرارة ورصدها بما لا يقل عن مرتين يوميا وخاصة عند تخزين التطعيمات) وضمان وجود طريقة تخزين بديلة في مكان في حال انقطاع التيار الكهربائي أو تعطل الثلاجة

• يتم تخزين قوارير متعددة الجرعات في غرفة الأدوية وليس في مكان علاج المريض الفوري.

2. إعداد الدواء:

• سحب الأدوية إلى غرفة الدواء أو في منطقة نظيفة معينة خالية من أي مواد يحتمل أن تكون ملوثة بالدم أو سوائل الجسم (على سبيل المثال، المعدات المستخدمة كالمحاقن والإبر، الأنابيب الوريدية، أنابيب جمع الدم، وماسكات الإبرة)

• ملاحظة: يجب ألا تدخل الأدوية ذات الجرعة المتعددة إلى مجال علاج المريض المباشرة (على سبيل المثال، غرفة الكشف الطبي، جناح العلاج الكيميائي)؛ وإذا أدخلت القارورة متعددة الجرعات إلى مجال رعاية المريض مباشرة، فيجب أن تكون مخصصة لهذا المريض فقط مع والتخلص منها بعد الاستعمال.

• ملاحظة: أكياس أو زجاجات المحلول الوريدي (على سبيل المثال: أكياس المحلول الملحي) لا ينبغي أن تستخدم لأكثر من مريض

• استخدام تقنية معقمة لحقن الأدوية الوريدية:

- نفذ نظافة اليدين قبل تناول الدواء
- تطهير الحاجز المطاطي مع الكحول، والسماح بجفاف الكحول قبل اختراق الحاجز المطاطي
- دائما استخدام حقنة جديدة معقمة وإبرة معقمة لسيب الدواء. كن حذرا لتجنب الاتصال مع بيئة غير معقمة أثناء الإجراء.
- لا تترك الإبرة في الحاجز المطاطي من قارورة الدواء للسحب المتعدد منه.

- تأكد من أن أي جهاز تم إدراجه في الحاجز (على سبيل المثال: إبرة العلاج الكيميائي) أنه يستخدم وفقا لتعليمات الشركة المصنعة وأنه لا يؤثر سلبا على سلامة محتويات العبوة المتبقية.

be dated and discarded within 28 days unless the manufacturer specifies a different (shorter or longer) date for that opened vial. **(6)**

Target population:

All medical staff, cleaners, patients, visitors, trainers & volunteers.

Responsibility:

- **The primary care center director** is responsible for the support & implementation of infection prevention & control program.
- **The infection control coordinator** is responsible for the issuing of the infection prevention & control program & following the polices & procedures & updating as needed, training of staff, patients, visitors & volunteers. Also responsible for checking the compliance of staff with infection control regulations & reporting to the primary health care center director.
- **All medical staff & cleaners** are responsible for applying infection prevention & control policies & procedures.
- **Forms:**
- Training schedule.
- Daily Report to follow infection control procedures form.
- Daily report to follow linen collection, sorting & transfer form.
- Follow up of infection control and hygiene schedule in the department.
- Follow-up cleaning schedule in toilets.
- Follow-up schedule to check the spill kit.
- Checklist for employee hand washing.
- List of cleaning materials and method of use.
- Follow-up schedule of Saudi Environmental Protection company.
- Follow-up schedule of sterilization cycles.
- Follow up schedule of employee investigation.
- Facility tour checklist.
- Environmental health and safety, multidisciplinary environmental and monthly self- inspection checklist.

- تصغير المداخل المتعددة في أكياس المحاليل لإضافة الأدوية. فإذا كان المطلوب أكثر من إدخال واحد، فاستخدم دائما محقنة معقمة جديدة وإبرة معقمة لإدخالها في الكيس وباستخدام تقنية معقمة.

3. متى يتم التخلص من الأدوية؟

• ينبغي أن يتم التخلص دائما للأدوية وفقا لتاريخ التصنيع والانتهاء (حتى لو لم تفتح العبوة) وكلما كان هناك خلل أو شك في التعقيم.

• القارورة ذات الجرعة الواحدة التي تم فتحها أو (على سبيل المثال، إبرة البزل)، يجب التخلص من القارورة وفقا للوقت الذي حدده الصانع لبقائها مفتوحة أو في نهاية الحالة المرضية و/ والإجراءات التي تتم عليها، أيهما يأتي أولا. ولا ينبغي تخزينها لاستخدامها مستقبلاً

بالنسبة للقوارير متعددة الجرعات التي تم فتحها (على سبيل المثال، إبرة البزل)، فينبغي أن تكون مؤرخة بتاريخ الفتح مع التخلص منها في غضون 28 يوما ما لم يحدد الصانع مدة مختلفة (أقصر أو أطول) لتلك القارورة المفتوحة (6)

السكان المستهدفين:

جميع العاملين في المجال الطبي، وعمال النظافة، والمرضى والزوار والمدربين والمتطوعين.

المسؤوليات:

• مدير مركز الرعاية الصحية الأولية هو المسؤول عن دعم وتنفيذ برنامج مكافحة العدوى.

• منسق مكافحة العدوى هو المسؤول عن إصدار برنامج مكاشفة العدوى والوقاية منها واتباع السياسات والإجراءات وتحديثها حسب الحاجة، وتدريب الموظفين والمرضى والزوار والمتطوعين. وهو المسؤول عن التحقق من امتثال الموظفين للوائح مكافحة العدوى ورفع التقارير إلى مدير المركز أيضا

• جميع العاملين في المجال الطبي وعمال النظافة هم المسؤولون عن تطبيق برنامج مكافحة العدوى والوقاية منها والسياسات والإجراءات.

• **النماذج:**

•جدول التدريب.

Applied to: All PHC staff جميع العاملين بالمركز	Title: Infection control program برنامج مكافحة العدوى	Page 19 of 20
Department: IPC	Policy Number: IC program	Replaces No.: IC program(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

- Devices and supplies used in sterilization in dressing room.
- Devices and supplies used in sterilization in Dental clinic.
- Employee vaccination form.
- List of cleaning materials and method of use.
- Report Form of needle stick injury or hazardous medical waste handling.

References:

1-**American Academy of Family physician** (VINCENT HSU, MD, MPH, Florida Hospital Orlando, Florida. Am Fam Physician. **2014 Sep 15**; 90 (6): 377-382)

2- **NICE guidelines** [CG 139] **Published date**: **March 2012**, **Review decision date**: **September 2014**.

3-**CDC** Guideline for Hand hygiene in health care settings, December 2011.

4- **INFECTION CONTROL GUIDELINES FOR LONG TERM CARE FACILITIES EMPHASIS ON BODY SUBSTANCE PRECAUTIONS** January 2005, Published by Missouri Department of Health and Senior Services P.O. Box 570 Jefferson City, MO 65102-0570

5- **The Professional Cleaning Industry's Premier Online Resource, clean link**. BY J. Darrel Hicks, BA, REH, CHESP

6- CDC Basic Infection Control and Prevention Plan for Outpatient Oncology Settings, December 2011.

- التقرير اليومي لمتابعة إجراءات مكافحة العدوى.
- تقرير يومي لمتابعة جمع البياضات وفرزها ونموذج التحويل.
- متابعة مكافحة العدوى والجدول الزمني لنظافة الأقسام.
- متابعة الجدول الزمني لتنظيف المراحيض.
- متابعة الجدول الزمني للتحقق من أدوات الانسكاب.
- قائمة التحقق لغسيل الأيدي للموظفين.
- قائمة مواد التنظيف وطريقة استخدامها.
- متابعة الجدول الزمني لشركة حماية البيئة السعودية.
- متابعة الجدول الزمني لدورات التعقيم.
- متابعة الجدول الزمني لتحاليل الموظفين.
- قائمة التحقق لزيارات أقسام المرفق.
- قائمة التحقق الشهرية للصحة البيئية والسلامة متعددة التخصصات.
- الأجهزة والمستلزمات المستخدمة في التعقيم في غرفة الضماد.
- الأجهزة والمستلزمات المستخدمة في التعقيم في عيادات الأسنان.
- نموذج تطعيم الموظفين.
- قائمة مواد التنظيف وطريقة استخدامها.
- تقرير الإصابة بالوخز بالإبر أو معالجة النفايات الطبية الخطرة.

المراجع:

1-الاكاديمية الامريكية لطب الأسرة (فينسنت HSU، MD، MPH، مستشفى فلوريدا أورلاندو، فلوريدا. Am Fam Physician. 2014 Sep 15; 90 (6): 377-382)

2- NICE guidelines [CG 139] تاريخ النشر: مارس 2012، مراجعة تاريخ القرار: سبتمبر 2014.

Applied to: **All PHC staff** جميع العاملين بالمركز	**Title:** **Infection control program** برنامج مكافحة العدوى	**Page 20 of 20**
Department: IPC	**Policy Number: IC program**	**Replaces No.: IC program(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date:** 1/7/1441	**Review Date:** 1/6/1444

3- CDC Guideline لتطهير اليدين في مرافق الرعاية الصحية، ديسمبر 2011.

4- INFECTION CONTROL GUIDELINES FOR LONG TERM CARE FACILITIES EMPHASIS ON BODY SUBSTANCE PRECAUTIONS January 2005 , Published by Missouri Department of Health and Senior Services P.O. Box 570 Jefferson City, MO 65102-

0570

5- The Professional Cleaning Industry's Premier Online Resource، clean link. BY J. Darrel Hicks, BA, REH, CHESP

6- CDC Basic Infection Control and Prevention Plan for Outpatient Oncology Settings , December 2011..

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: C and HK staff العاملين في مكافحة العدوى والنظافة	**Title: PHC approved antiseptic & disinfectant** المطهرات والمنظفات المعتمدة بالمركز الصحي	**Page 1 of 6**
Department:IPC	**Policy Number: IC-IPP-001EA(2)**	**Replaces No.: IC-IPP-001EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE :

1.1 To ensure that those responsible for disinfection are familiar with the agents to be used and the procedure involved.

-1 الغرض:

1.1 لضمان أن المسؤولين عن التطهير على دراية بالمواد الواجب استخدامها وعلى اتباع الإجراءات.

2- DEFINITIONS:

2.1 Disinfection: Reduce number of microorganism at a level at which they are not harmful except spores. There are 3 types of Disinfection process:

2.1.1 **High-Level Disinfection-HLD**: Kills all vegetative bacteria, Fungi, tubercle bacilli and viruses. Dose not includes killing all bacterial spores.

2.1.2 **Intermediate-Level Disinfection –ILD:** Kills vegetative bacteria, most viruses and most Fungi.

2.1.3 **Low-Level Disinfection-LLD:** Kills most vegetative bacteria except M. tuberculosis, some fungi and inactivate some viruses.

2.2 Antisepsis: Is a non-toxic disinfectant which can be applied to the skin or living tissues.

2.3 Sterilization: Destruction of all form of microorganism including spores.

2.4 Cleaning: Physical removal of organic material or soil from objects by using water & detergent and mechanical action.

-2 التعريفات:

2.1 التطهير: تقليل عدد الكائنات الحية الدقيقة الى المستوى الغير مضر إلا الجراثيم. ويوجد ثلاثة أنواع من عمليات التطهير:

2.1.1 التطهير رفيع المستوى - HLD: يقتل جميع البكتريا النباتية والفطريات وبكتريا السل العصوية والفيروسات، ولكن لا يشمل هذا جميع الجراثيم البكتيرية.

2.1.2 التطهير المتوسط المستوى -ILD: يقتل البكتريا النباتية، ومعظم الفطريات ومعظم الفيروسات.

2.1.3 التطهير المنخفض المستوى –LLD : يقتل معظم البكتريا النباتية النامية باستثناء بكتريا السل، وبعض الفطريات ويعطل بعض الفيروسات.

2.2 إزالة التلوث: هو المطهرات الغير السامة التي يمكن استخدامها على الجلد أو الأنسجة الحية.

2.3 التعقيم: تدمير كل الكائنات الحية الدقيقة بما في ذلك الجراثيم المتحوصلة.

2.4 التنظيف: إزالة المواد العضوية أو الملوثات من الأدوات عن طريق استخدام المياه والمنظفات والعمل الميكانيكي.

3- POLICY:

3.1 The current approved antiseptics and disinfectants stated in this policy are the only agents that are to be used within the CENTER and should be used only for the purposes specified.

-3 السياسات:

1.3 المطهرات الحالية المعتمدة والمطهرات المذكورة في هذه السياسة هي المواد الوحيدة التي يمكن استخدامها داخل المركز ويجب ان تستخدم فقط للأغراض المحددة.

4- PROCEDURES:

4.1The following types of antiseptic and disinfectant agents are approved for use in the Center. Refer to Attachment A for the approved list of disinfectants

-4 الإجراءات:

4.1 تمت الموافقة على الأنواع التالية من المطهرات للاستخدام في المركز.

الرجاء الرجوع إلى الملحق أ للقائمة المعتمدة من المطهرات.

5- RESPONSIBILITIES

5- المسئوليات:

5.1 Infection control Team:

5.1.1 To review and evaluate all supplies/ products used for disinfection.

5.1.2 To monitor the use of antiseptics/ disinfectants

1.5 فريق مكافحة العدوى:

5.1.1 مراجعة وتقييم جميع المستلزمات / المنتجات المستخدمة في التطهير.

5.1.2 مراقبة استعمال المطهرات والمنظفات.

6- FORMS:

6- النماذج:

6.1 None

6.1 لا يوجد

7- REFERRANCES ((المراجع:

7.1 APIC Guidelines for Selection and Use of Disinfectants. American Journal of Infection Control 1996.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Attachment A

Approved List of Disinfectants

SN	Group type		Dilution Ratio	TYPE	Remarks
	Generic Name	Trade Name			
DISINFECTANTS					
1	Enzymatic cleaner and disinfectant	ASEPTIZYME (Riyadh Pharma) RIAZYMEM (Riyadh Pharma) KLENZYME (steris) PRECLENZ (steris)	1:125 1:125 1:125 Undiluted	LLD LLD LLD LLD	For instrument pre cleaning and soaking. soaking time=30min soaking time=5min soaking time=5 min Instrument transport gel. Spray on OR instruments evenly before transport to CSSD
2	Alcohol/ chlorhexidine	HOSPICID SPRAY Minuten SPRAY	undiluted	ILD,LLD	For surface and equipment cleaning & DISINFECTANT

		(ALPRO)			
3	Quarternary ammonium compounds	HITOR PLUS (Riyadh Pharma) COVERAGE SPRAY HB PLUS (Steris)	1:250 Undiluted	LLD ILD	As floor cleaner in operation room and high risk area. Contact time: 10 min As surface cleaner in CSSD Contact time: 10 min
4	Cetrimide 15 % & chlorhexidine gluconate 1.5% w/v	SAVLON (Riyadh Pharma) SAVE ALL (Medpharma)	undiluted		For Antisepsis & disinfection.
5	Sodium Hypochlorite solution 5.25%	CLOROX (SIDCO)	1:10 1:100		10,000 ppm available chlorine to disinfect blood spillages 1,000 ppm available chlorine, for environmental decontamination
6	Chloroxylenol	DETTOL (SIDCO)			For sinks, lavatories, drain.

7	Orthoparaldehyde 2%	CIDEX-OPA (Johnsons & Johnsons) ASEPTI-STERYL (Riyadh Pharma)	undiluted undiluted	HLD HLD	Shelf Life: 14 days while the long acting for 28 days. Soaking time: For disinfection: 10min to 1 hour Sporicidal: 10 hours. Shelf life = 28 days Soaking time: 25 min at R.T. for disinfection. 10 hrs at R.T. for sterilization.
8	Phenolics	HAILCOLIN	2% 5%	LLD	For terminal disinfection and cleaning For general disinfection of post-mortem areas.
ANTISEPTICS					
1	Isopropyl alcohol 4%W/V & chlorhexidine 2% W/V	CIDA STAT; BACTISTAT (Riyadh Pharma)	Undiluted		Used for Hand washing
2	Isopropyl alcohol 4%W/V & chlorhexidine 4% W/V	SCRUB STAT4' (Riyadh Pharma)	Undiluted		Antiseptic soap for hand washing

		HISCRUB; DERMOSEPT (Medpharma)			
3	Ethanol 80%v/v	EZ-clean Gel /hand rub (MOH)	undiluted		For routine decontamination and hand washing when hands are not visibly soiled.
4	Povidone iodine 10%w/v	ALPHADINE SOULTION (Riyadh Pharma)	undiluted		For pre operative skin preparation
5	Povidone iodine 7.5%w/v	ALPHADINE SCRUB (Riyadh Pharma)	undiluted		Skin antiseptic scrub

Applied to: All PHC Staff جميع العاملين بالمركز	Title: Management of Selected Airborne and Droplet Infectious Disease Exposures in Healthcare Workers التعامل مع تعرض العاملين لبعض الامراض المنتقلة بالهواء او الرذاذ Page 1 of 13	
Department: IPC	Policy Number: IC-APP-019EA(2)	Replaces No.: IC-APP-019EA(1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- PURPOSE:

To provide guidelines for the management of healthcare workers (HCWs) exposed to selected infectious disease transmissible via the airborne or droplet routes.

1- الغرض:

لتقديم مبادئ توجيهية للعاملين في مجال الرعاية الصحية للتعامل مع الامراض المعدية المنقولة عبر الهواء أو عبر الرذاذ وذلك عند التعرض لها.

2- DEFINITIONS:
There is no

2- التعريفات:

لا يوجد

3- POLICY:

3- السياسات:

A. Managing Varicella (Chickenpox) Or Shingles Exposure

أولا: تدبير الجدري المائي أو التعرض لعقبولات الحلأ

1. PROCEDURE: refer to form-1

1. الإجراءات: راجع النموذج -1

2. EXPLANATION:
a. Incubation period

Usually 14-16 days; range, 10-21 days; up to 28 days in persons who have received varicella zoster immunoglobulin (VZIG).

2 - الشرح:
ا. فترة الحضانة
عادة14-16يوم؛ بمعدل 10-21 يوم؛ وقد تصل إلى 28 يوما في الأشخاص الذين تلقوا غلوبولين مناعي لفيروس الحلأ

b. Exposure criteria

ب. معايير التعرض

- *Varicella*

A household contacts, face-to-face contact for more than 5 minutes with an infected person without wearing a surgical mask, or direct contact with vesicle fluid without wearing gloves.

- الحماق

الاحتكاكات المنزلية والاتصال وجها لوجه لأكثر من 5 دقائق مع الشخص المصاب دون ارتداء قناع جراحي، أو الاتصال المباشر مع الحويصل السائل دون ارتداء القفازات.

- *Shingles*

Direct contact with vesicle fluid without wearing gloves.

- العقبول

الاتصال المباشر مع سائل الحويصلة دون ارتداء القفازات.

c. Period of communicability
- *Varicella*
  - Affected persons are most contagious 1-2 days before and shortly after vesicles appear.
  - Transmission can occur up to 5 days after onset of rash.
  - Immunocompromised persons may be contagious as long as new vesicles are appearing

.

- *Shingles*

ج. فترة العدوى
- الحماق
  - الأشخاص المصابين يكونوا معديين قبل 1-2يوم من ظهور الحويصل وبعده بفترة وجيزة
  - . يمكن أن يحدث انتقال العدوى حتى5 أيام بعد ظهور الطفح الجلدي.
  - الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة يكونوا معديين طيلة ظهور الحويصلات الجديدة

Affected persons are most contagious from 24 hours before the first vesicle appears and up to 48 hours after the final vesicle appears.

d. Employee health
 Assess immunity: HCW is susceptible unless he or she has a history of varicella or has serological evidence of immunity. Consider checking varicella IgG
antibody titer to determine the immune status of the HCW.

e. Work restrictions

 Exposed
From days 1-7 of exposure no restrictions are required.
HCW should be excluded from duty on days 10-21 after a single exposure or day 8 of the first exposure through day 21 of last exposure (28th day if VZIG
was given after the last exposure)

 Infected
HCW may return to work after all lesions have crusted over.
f. Prophylaxis
Consider giving VZIG to non-immune, immunocompromised persons or pregnant
women within 96 hours of exposure

B-Managing Measles Exposure

1. PROCEDURE: refer to form-2

2. EXPLANATION:

a. Incubation period
Usually 8-12 days; range, 7-18 days.
b. Exposure criteria
Spending time in a room with an infected person without wearing a respirator.
If air is recirculated, spending time in the area supplied by the air-handling system while an infected person was present or within 1 hour after the person's departure.
Contact with nasal or oral secretions from an infected person or items contaminated with these secretions without wearing gloves.

 العقبول
الأشخاص المصابين يكونوا معديين 24 ساعة قبل ظهور الحويصلة الأولى وحتى 48 ساعة بعد ظهور الحويصلة الاخيرة.

د. صحة الموظف
 تقييم المناعة: يعتبر العامل الصحي عرضة للإصابة ما لم يكن لديه تاريخ من الاصابة بالحماق أو لديها أدلة مصلية على الحصانة.
خذ بعين الاعتبار عيار الأجسام المضادة igG لتحديد الوضع المناعي للموظف.

ه. قيود العمل (الابعاد عن العمل)
 عند التعرض
- في الايام 1-7 بعد التعرض لا يوجد قيود على العمل.
- وينبغي استبعاد العامل الصحي من العمل في الأيام 10-21 بعد التعرض المفرد أو في اليوم 8 من التعرض الأول وحتى اليوم 21 من التعرض الاخير (اليوم 28 إذا كان الشخص قد استلم الغلوبولين المناعي بعد التعرض الأخير).

 عند الاصابة بالمرض

يعود العامل إلى العمل بعد تقشر جميع الآفات.

F. الوقاية
اعط غلوبولين مناعي لغير الممنعين والأشخاص ذوو المناعة المضطربة أو النساء الحوامل وذلك في غضون 96 ساعة من التعرض

ثانيا: تدبير التعرض للحصبة

1-الإجراء: الرجوع إلى شكل -2

2 - الشرح:

ا. فترة الحضانة

عادة 8-12 أيام؛ بمعدل 7-18 أيام.

ب. معايير التعرض

- قضاء بعض الوقت في غرفة مع شخص مصاب دون ارتداء عازل تنفسي.

c. Period of communicability
From 3 to 5 days before the rash appears to 4 to 7 days after the rash appears, but transmission is minimal by 2 to 4 days after the rash appears

d. Employee health
Assess immunity; an HCW is susceptible unless he or she was born before 1957, provides serological evidence of immunity, or has two documented doses of measles vaccine. Obtain blood for IgG antibody titers as needed. For staff who has not received two doses of measles vaccine, consider initiating or completing the vaccine series.

e. Work restrictions
 Exposed
From days 1-4 no restrictions required.
From days 5 to 21 for a single exposure
or day 5 of the first exposure through day 21 of the last exposure the HCW either must not work or must have no direct patient contact or must only work with
immune persons away from patient care areas.

 Infected
HCW may return to work 4 days after developing a rash.

f. Prophylaxis
Consider giving susceptible HCWs the vaccine within 3 days or IG within 6 days of
exposure to modify severity of infection; vaccine or IG given after exposure does not
change work restrictions.

C-Managing Rubella Exposure

1. PROCEDURE: refer to form -3
.
2. EXPLANATION:
a. Incubation period
Usually 16-18 days; range, 14-21 days.
b. Exposure criteria
Contact within 3 feet of an infected person without wearing a mask; contact with nasopharyngeal secretions from an infected person or items contaminated with these secretions without wearing gloves; contact with nasopharyngeal secretions or urine from an infant with congenital rubella without wearing gloves.

- إذا كان الهواء في المنطقة معاد تدويره وتم قضاء الوقت في المنطقة بوجود الشخص المصاب أو في غضون ساعة واحدة من مغادرته للمنطقة.
- الاحتكاك مع إفرازات الأنف أو الفم لشخص مصاب أو الاحتكاك مع مواد ملوثة بهذه الإفرازات دون ارتداء القفازات

فترة العدوى

من 3 إلى 5 أيام قبل ظهور الطفح الجلدي و4 إلى 7 أيام بعد ظهور الطفح الجلدي، وكحد أدنى من 2 إلى 4 أيام بعد ظهور الطفح الجلدي.

د. صحة الموظف

- تقييم المناعة؛ ويعتبر الموظف عرضة ما لم يكن قد ولد قبل عام 1957او قدم أدلة مصلية على الحصانة أو لديه جرعتين موثقة من لقاح الحصبة.
- عاير الأجسام المضادة IgGحسب الحاجة.
- بالنسبة للموظفين الذين لم يستلموا جرعتين من لقاح الحصبة، خذ بعين الاعتبار البدء بالتطعيم او استكمال اللقاح.

ه. قيود العمل

عند التعرض

- في الايام 1-4 بعد التعرض لا قيود مطلوبة.
- في الايام 5-21 بعد التعرض أو اليوم 5 من التعرض الأول حتى اليوم 21 من آخر تعرض على العامل ألا يعمل أو ألا يكون لديه أي اتصال مباشر مع المريض أو يجب أن يعمل فقط مع الأشخاص اسوياء المناعة بعيدا عن مناطق رعاية المرضى.
- عند الاصابة
- قد يعود العامل إلى العمل بعد 4 أيام من ظهور الطفح الجلدي.

F. الوقاية

- إعطاء اللقاح في غضون 3 أيام أو الغلوبولين المناعي في غضون 6 أيام من التعرض للعدوى.
- اللقاح أو الغلوبولين المناعي لا يغير من قيود العمل

----

c. Period of communicability
From 7 days before the rash to 7 days after the rash appears; up to 1 year for infants
with congenital rubella.
d. Employee health

- Assess immunity; an HCW is susceptible unless he or she was born before 1957,
  provides serological evidence of immunity, or has one documented dose of rubella
  vaccine.
- Obtain blood for IgG antibody titers as needed.
- For staff who has not received two doses of rubella vaccine, consider initiating or completing the vaccine series.

e. Work Restrictions
 Exposed
- From days 1-6 no restrictions required.
- From days 7-21 for a single exposure or day 7 of the first exposure through day 21 of the last exposure the HCW either must not work or must have no direct patient contact or must only work with immune persons away from patient care areas.

 Infected
HCW may return to work 5 days after developing rash.

f. Prophylaxis
None; the rubella vaccine does not prevent infection after exposure. IG does not
prevent infection.

E-Managing Mumps Exposure

1. PROCEDURE: Refer to Form-4

2. EXPLANATION:
a. Incubation period
Usually 14-16 days; range, 12-25 days.
b. Exposure criteria
Being within 3 feet of an infected person without wearing a mask; contact with saliva or items contaminated with saliva from an infected person without wearing gloves.

ج- تدبير التعرض للحصبة الالمانية

1. الإجراء: الرجوع إلى الشكل -3

2 -الشرح:

ا. فترة الحضانة

عادة 16-18 أيام. وسطيا 14-21 أيام.

ب. معايير التعرض

الاتصال بمسافة 3 أقدام من شخص مصاب دون ارتداء قناع؛ او الاحتكاك مع إفرازات الأنف البلعومي لشخص مصاب أو اشياء ملوثة بهذه الإفرازات دون ارتداء القفازات او بالاحتكاك مع إفرازات البلعوم الأنفي أو البول من لرضيع مصاب بالحصبة الألمانية الخلقية دون ارتداء القفازات.

ج. فترة العدوى

من 7 أيام قبل الطفح الجلدي إلى 7 أيام بعد ظهور الطفح الجلدي. وقد تصل إلى 1 سنة للرضع المصابين بالحصبة الألمانية الخلقية.

د. صحة الموظف

- تقييم الحصانة؛ فإن الموظف يعتبر عرضة للإصابة ما لم يكن قد ولد قبل عام 1957، او توفر أدلة مصلية على الحصانة، أو لديه جرعة واحدة موثقة من لقاح الحصبة الألمانية
- يمكن الحصول على الدم لمعايرة الأجسام المضادة حسب الحاجة
- . الموظفين الذين لم يتلقوا جرعتين من لقاح الحصبة الألمانية يجب النظر في بدء التطعيم او استكماله لديهم

ه. قيود العمل

التعرض

- في الايام 1-6 بعد التعرض لا يوجد أي قيود
- . في الايام 7-21 بعد التعرض واحد أو اليوم 7 من التعرض الأول حتى يوم 21 من آخر تعرض فان الموظف إما ألا يعمل أو لا يحد ث أي احتكاك مباشر مع المريض أو يعمل فقط مع الأشخاص الممنعين وبعيدا عن مناطق رعاية المرضى.

عند الاصابة

c. Period of communicability
Patients are most communicable 48 hours before the onset of illness, but communicability may begin as early as 7 days before the onset of overt parotitis and
continue for 5 to 9 days (average, 5 days) thereafter
d. Employee health
Assess immunity; an HCW is susceptible unless he or she was born before 1957,
provides serologic evidence of immunity, or has one documented dose of mumps vaccine.
Obtain blood for IgG antibody titers as needed.
For staff who has not received two doses of mumps vaccine, consider initiating or completing the vaccine
Series
e. Work restrictions
 Exposed
From days 1-8, no restrictions required. From days 9-26 for a single exposure, day 9 of the first exposure through day 26 of the last exposure, or until 9 days
after the onset of parotitis the HCW either must not work or must have no direct patient contact, or work only with immune persons away from patient care areas.
Infected
HCW may return to work 9 days after the onset of parotid gland swelling.

f. Prophylaxis
None; the mumps vaccine is not proven to prevent infection after exposure; mumps
IG does not prevent infection.

قد يعود الموظف إلى العمل بعد 5 أيام من تطور الطفح الجلدي.

F. الوقاية

لا شيء

فلقاح الحصبة الألمانية لا يمنع العدوى بعد التعرض. وكذلك استخدام الغلوبولين المناعي لا يمنع الاصابة.

ه- تدبير التعرض للنكاف

. الإجراء: الرجوع إلى النموذج -4

2 - الشرح:

ا. فترة الحضانة

عادة 14-16يوم - وسطيا12-25 أيام.

ب. معايير التعرض

أن يكون ب مسافة3 أقدام من شخص مصاب دون ارتداء قناع؛ والاحتكاك مع اللعاب أو مع مواد ملوثة باللعاب من شخص مصاب دون ارتداء قفازات.

ج. فترة العدوى

يكون المرضى أكثر قدرة على نقل العدوى قبل 48 ساعة من بداية المرض، ولكن قد تحدث العدوى في وقت مبكر قبل 7 أيام من بداية التهاب النكفية الصريح وتستمر لمدة 5 إلى 9 أيام (المتوسط، 5 أيام) بعد ذلك.

د. صحة الموظف

تقييم الحصانة؛ الموظف يعتبر عرضة ما لم يكن قد ولد قبل عام 1957، او وجد دليل مصلي عن الحصانة، أو لديه جرعة واحدة موثقة من لقاح النكاف

- . يمكن الحصول على الدم لمعايرة الأجسام المضادة حسب الحاجة.
- الموظفين الذين لم يتلقوا جرعتين من لقاح النكاف، يمكن البدء أو استكمال سلسلة اللقاح

ه. قيود العمل

بعد التعرض

في الأيام 1- 8بعد التعرض لا قيود.

في الأيام 9-26 بعد ا لتعرض، او يوم 9 من التعرض الأول حتى اليوم 26 من التعرض الاخير، أو حتى 9 أيام بعد بداية التهاب النكفية، يجب ألا يعمل الموظف أو يجب ألا يكون له احتكاك مباشر بالمريض، أو العمل فقط مع الأشخاص الممنعين بعيدا عن مناطق رعاية المرضى.

بعد الاصابة

قد يعود الموظف إلى العمل بعد 9 أيام من بداية تورم الغدة النكفية.

F. الوقاية

لا شيء؛ لم يتم إثبات ان لقاح النكاف يمنع العدوى بعد التعرض. وكذلك فان الغلوبولين المناعي للنكاف لا يمنع العدوى.

4- RESPONSIBILITIES:

Infection control Team: To monitor and supervise the implementation of the expanded precautions in the center.

To provide regular and targeted education and training to HCWs.

To improve awareness and change attitudes and work practices among the institution.

4- المسئوليات:

5.1 فريق مكافحة العدوى:

- ✓ للمراقبة والإشراف على تنفيذ الاحتياطات الموسعة في المركز.
- ✓ توفير التعليم العادي والموجه وتدريب للعاملين بالرعاية الصحية.
- ✓ تحسين الوعي وتغيير السلوك والممارسات الصحيحة في المنشأة.

5.2 طبيب الامراض المعدية (أو طبيب المركز)

5.2 Infectious Diseases dry (or phcc Physician)

- ✓ Follow-up diagnostic and therapeutic procedures for the employee

- ✓ متابعة الاجراءات التشخيصية والعلاجية للموظف

5- **FORMS**:

5- النماذج

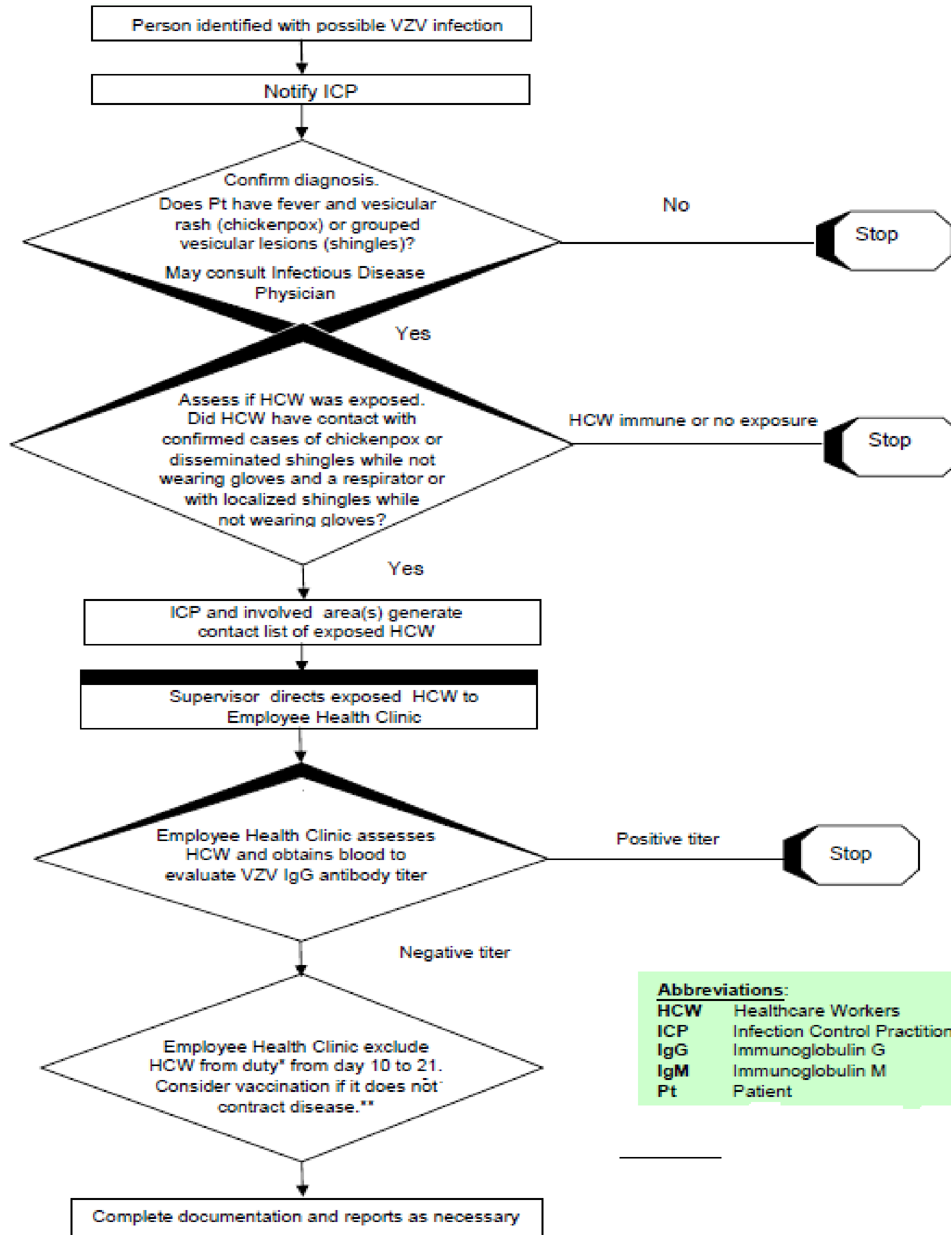
5-1 forms-1-2-3-4

5-1 نموذج-1-2-3-4

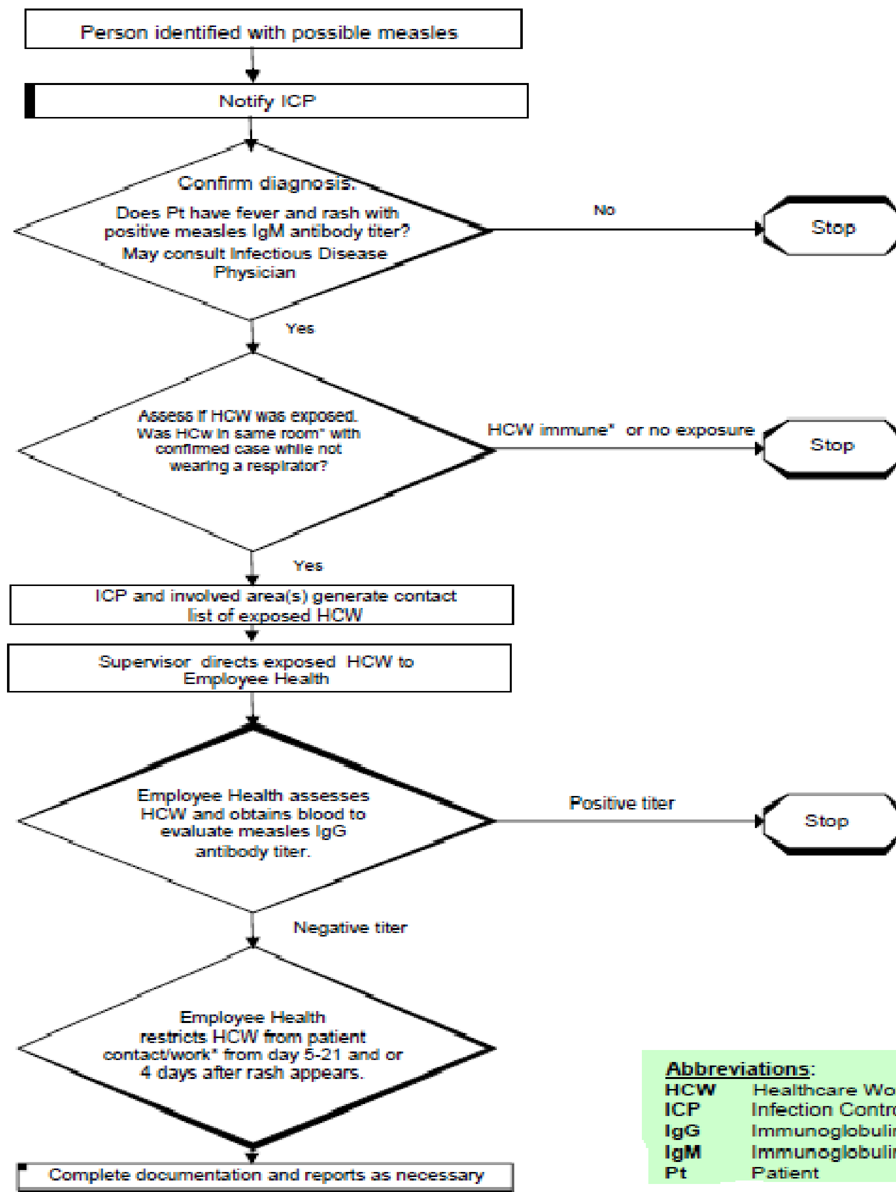
5-2 work restriction form

5-2نموذج قيود العمل

FORM-1 النموذج رقم -1

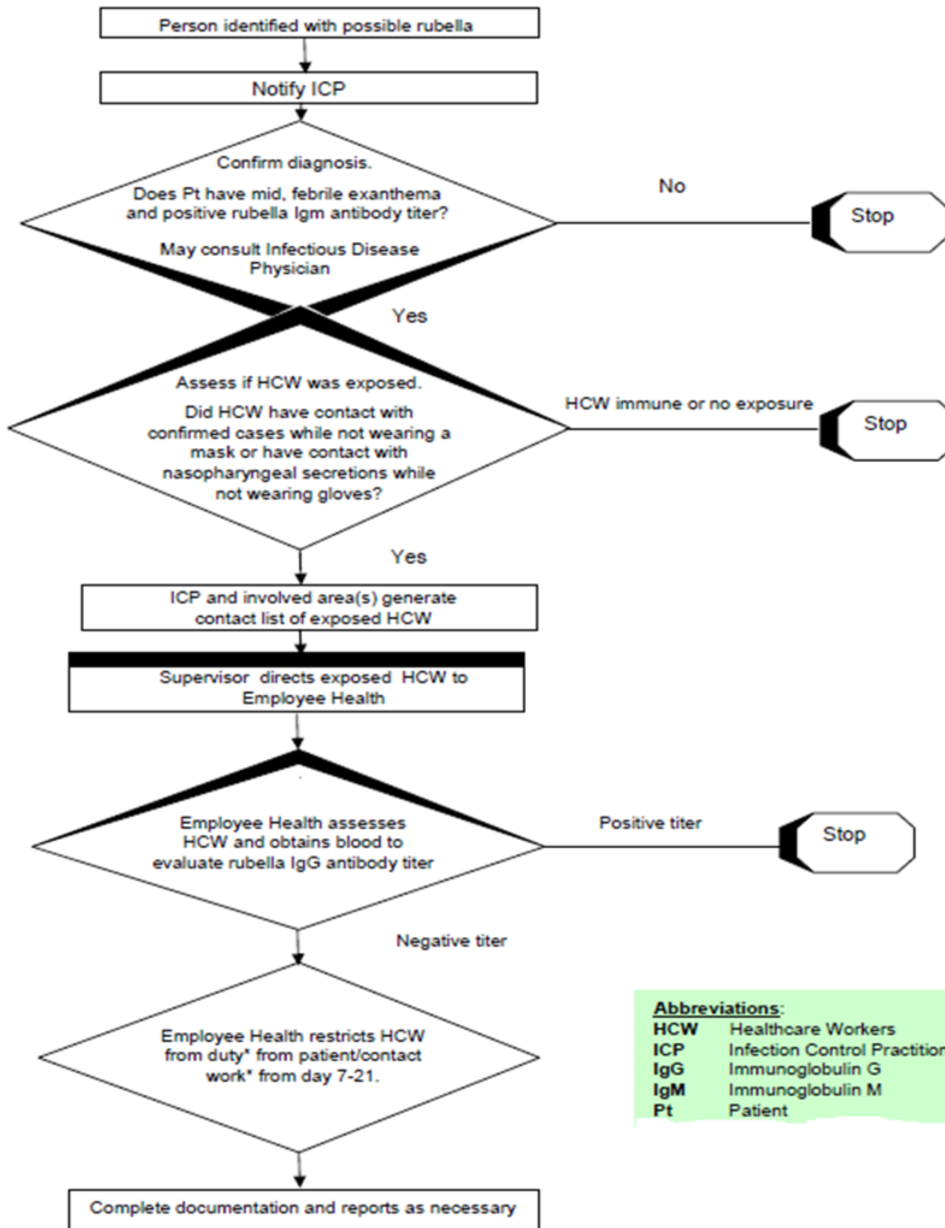


form-2 نموذج-2

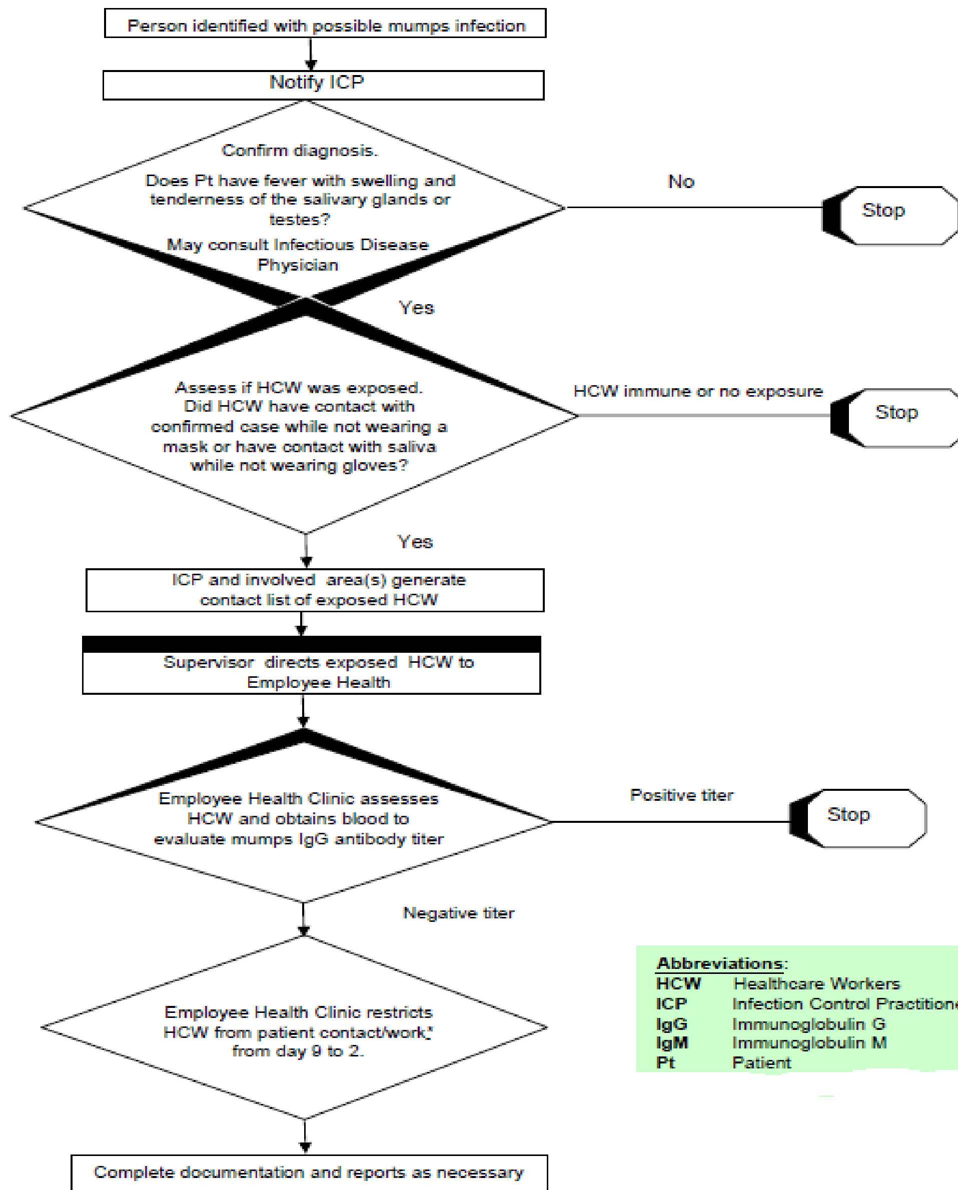


FORM -3 = 3- نموذج

Rubella Exposure



FORM-4 =4-نموذج



Applied to: All PHC Staff **جميع العاملين بالمركز**	**Title: Management of Selected Airborne and Droplet Infectious Disease Exposures in Healthcare Workers** **التعامل مع تعرض العاملين لبعض الامراض المنتقلة بالهواء او الرذاذ** **Page 12 of 13**	
Department: IPC	**Policy Number: IC-APP-019EA(2)**	**Replaces No.: IC-APP-019EA(1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

Work Restriction Form

A: Employee Information

Employee's Name: .... Date: ..../........./.............file No :.........................

Date of injury/illness:........./........./..........................Occupation/Duties...

workplace: ....

Brief diagnosis of injury/illness:

....

....

....

B :To be completed by Physician

Restrictions:

☐ No Restrictions ☐ Temporary Restrictions ☐ Permanent Restrictions

Restrictions Or Limitations May Affect Activity For:

☐ days ☐ weeks ☐ Unknown at this time

Describe Of Restrictions

1). ....2)...

3). ....4)...

5). ....6)...

Other Recommendation:..

Employee can return to his/her work on / / with the following recommendation

:..

....

Treatment Plan :...

....

Physician's Signature.. Date : / /

C: To be completed by Employee

I AGREE THAT: I will follow through with all of the restrictions listed above. I will notify my supervisor of any departure from these restrictions

Employee's Signature: Date:

7 – REFERRENCE: GCC Infection Prevention & Control Manual third edition-2018	**7- المرجع:** دليل دول مجلس التعاون الخليجي **الطبعة الثالثة 2018** م.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: IPC	Title: Infection Control Practitioner ممارس مكافحة العدوى Page **1** of **3**	
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: IC-JD-001EA (2)**

1. **Section or Unit**: Medical Service

2. **Position Title**: Infection Control Practitioner

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Center Director

3.2 Responsible for: NA

4. **Job Summary**:

4.1 Accountable for implementing Center-wide Infection Control Programs. She / he shall be working with other health care personnel to prevent and minimize health care associated infection according to the guidelines established by the Ministry of Health and the CBAHI Standards.

5. **Job Responsibilities**:

5.1 Performs surveillance of healthcare associated infection on assigned units/ departments according to approved international definitions and criteria.

5.2 Responsible for the epidemiological investigations of infection across the center.

5.3 Identifies problems and issues related to infection control and consults with the infection control physician for solutions.

5.4 Initiates & follows the implementation of precautions and isolation measures for transmissible diseases and discontinues precautions as indicated.

5.5 Makes recommendations to nursing and medical staff on appropriate isolation precautions to be used for known or suspected infectious processes.

5.6 Enforces the staff all over the center to follow IC Policies & has the right to stop any breach in standard precautions.

5.7 Reports any violations or non-compliance among staff to the Head of Infection Control Department.

5.8 Collaborates with the Infection control physician in the planning, organization, coordination and implementation of the Center Infection Control program.

1- **الوحدة**: الخدمات الطبية

2- **مسمى الوظيفة:** ممارس مكافحة العدوى

3- **العلاقة التنظيمية:**

1.3 مسئول أمام: مدير المركز

2.3 مسئول عن: لا يوجد

4- **ملخص الوظيفة:**

1.4 مسؤول عن تنفيذ برامج مكافحة العدوى على مستوى المركز. أن يقوم بالعمل مع غيره من العاملين في الرعاية الصحية لمنع وتقليل العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية وفقا للمبادئ التوجيهية التي وضعتها وزارة الصحة ومعايير المجلس المركزي.

5- **مسئوليات الوظيفة:**

1.5 يقوم بمراقبة العدوى في الأقسام والوحدات وفقاً للتعريفات الدولية والمعايير المعتمدة لمكافحة العدوى.

5.2 مسؤول عن التحقيقات الوبائية للعدوى في جميع أنحاء المركز.

5.3 يحدد المشاكل والقضايا المتعلقة بمكافحة العدوى ويتشاور مع طبيب مكافحة العدوى في إيجاد حلول.

5.4 يضع ويتابع تنفيذ الاحتياطات والتدابير لعزل الأمراض المعدية أو وقف الاحتياطات على النحو المشار إليه.

5.5 يضع التوصيات إلى التمريض والكادر الطبي على احتياطات العزل المناسبة لاستخدامها مع الحالات المعدية.

5.6 يجبر الموظفين في جميع أنحاء المركز على إتباع سياسات مكافحة العدوى وله الحق في منع أي خرق في الاحتياطات القياسية.

5.7 يقوم بإبلاغ رئيس قسم مكافحة العدوى عن أي انتهاكات أو عدم الالتزام بين الموظفين.

5.8 يتعاون مع طبيب مكافحة العدوى في التخطيط والتنسيق والتنظيم والتنفيذ لمراقبة برنامج مكافحة العدوى في المركز.

5.9 يعمل في جميع أقسام المركز حسب الضرورة.

5.9 Functions in all departments of the center as necessary.

5.10 Practices within the limits of the profession and center policies and procedures, adheres to department standards, understands the legal implications and is accountable for his/her actions.

5.11 Ensures & monitors compliance with Infection Control policies and procedures among center staffs.

5.12 Serves as an active member of the Infection Control Committee and other center committees as assigned.

5.13 Serves as a liaison between the Infection Control Services and the Infection Control Committee.

5.14 Provides regular and targeted education and training for all center staff.

5.15 Participates in the development and review of Infection Control Policies and Procedures contained in the Center.

5.16 Fills M.O.H Notification reports as may be required.

5.17 Participates in Center-wide Performance Improvement activities

5.18 Participates in research projects addressing Infection Control issues as assigned.

5.19 Follows all related Center policies and procedures.

5.20 Performs all other related duties as assigned.

5.21 Respects the patient rights according to the center policy and informs him/her about their responsibilities when needed.

5.22 Signs Confidentiality Agreement and adheres to confidentiality of the information pertinent to the patient and their family, the institution and the center staff.

5.23 Acknowledge his/ her role in center internal and external disaster plans and supervise his/her subordinates.

6. **Required Qualifications**:

6.1 Bachelor degree in Nursing or Microbiology.

6.2 Special training courses in Infection Control.

6.3 Certification in Infection Control (CIC) is preferred.

7. **Minimum Skills**:

5.10 يقوم بالممارسة في حدود السياسات والإجراءات المهنية في المركز، ويلتزم بالمعايير، ويتفهم الآثار القانونية ويكون مسئولا عن تصرفاته.

5.11 يضمن ويراقب الامتثال لسياسات وإجراءات مكافحة على العدوى بين العاملين في المركز.

5.12 يعمل كعضو نشط في لجنة مكافحة العدوى ولجان المركز الأخرى.

5.13 يقوم بدور حلقة الوصل بين خدمات مكافحة العدوى ولجنة مكافحة العدوى.

5.14 يوفر التعليم والتدريب لجميع العاملين في المركز.

5.15 يشارك في تطوير ومراجعة سياسات مكافحة العدوى والإجراءات الواردة في المركز.

5.16 يكمل تقارير إعلام وزارة الصحة على النحو المطلوب.

5.17 يشارك في أنشطة تحسين الأداء على مستوى المركز

5.18 يشارك في مشاريع بحثية تعالج قضايا مكافحة العدوى.

5.19 يتابع تطبيق جميع السياسات والإجراءات ذات الصلة بالمركز

5.20 يؤدي جميع الواجبات الأخرى ذات الصلة.

5.21 يحترم حقوق المرضى وفقا لسياسة المستشفى، ويبلغهم عن مسؤولياتهم عند الحاجة.

5.22التوقيع والالتزام بإقرار سرية المعلومات ذات الصلة للمرضى وأسرهم، والمؤسسة وموظفي المركز.

5.23 يؤدي دوره في خطة مواجهة الكوارث الداخلية والخارجية ويضمن أن موظفي القسم على علم بدورهم في خطط الكوارث، وتقييم أداء الموظفين في المناورات الطارئة.

6- المؤهلات المطلوبة:

6.1حاصل على درجة البكالوريوس في التمريض أو علم الأحياء الدقيقة.

6.2 حاصل على دورات تدريبية الخاصة في مكافحة العدوى.

6.3 ويفضل شهادة في التحكم في العدوى (CIC)

7.1 Excellent verbal & written skills.

7.2 Computer skills.

7.3 Good communication ability.

8. Professional Experience:

8.1 Minimum of two year as a nurse (for nurses) or two years bench experience (for *microbiologists).*

7- الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1مهارات التحدث و الكتابة.

7.2مهارات الكمبيوتر.

7.3 القدرة على التواصل الجيد

8- الخبرات المطلوبة:

1.8 الحد الأدنى من سنتين خبرة كممرضة (للممرضين والممرضات) أو سنتين خبرة معملية (لعلماء الأحياء الدقيقة)

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name & Signature: اسم وتوقيع الموظف: Date: التاريخ:	Supervisor Name & Signature: اسم وتوقيع الرئيس المباشر: Date: التاريخ:

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية نموذج رقم (2)

مديرية الشئون الصحية في منطقة ....

نموذج تبليغ

عن الإصابة / بوخز أو مرض بسبب تداول النفايات الطبية الخطرة

- **اسم المصاب / المريض:** ....
- **الوظيفة:** ....
- **القسم:** ....
- **نوع الإصابة / المريض:** ....
- **التاريخ:** / / 143هـ
- **تطعيم قبل الإصابة:** نعم ⬭ لا ⬭
- **نوع التطعيم:** ....

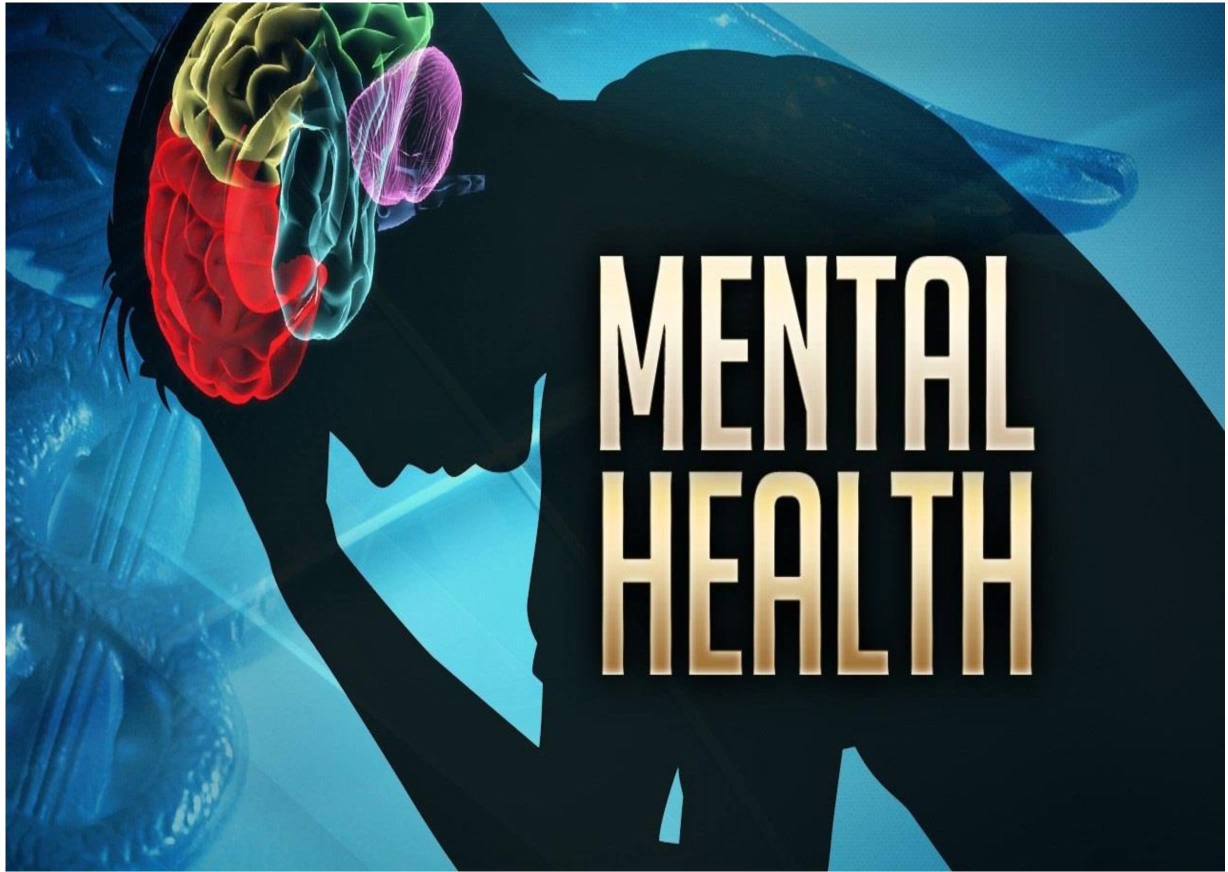
- **تيتانوس:** نعم ⬭ لا ⬭
- **التهاب كبد ي وبائي:** نعم ⬭ نوعه أ / ب / ج لا ⬭
- **أخرى:** نعم ⬭ لا ⬭

يذكر نوع التطعيم: ....

- **تطعيم بعد الإصابة:** نعم ⬭ لا ⬭

يذكر نوع التطعيم: ....

❖ **تستكمل البيانات بواسطة طبيب مكافحة العدوى وترسل لمديرية الشئون الصحية بالمنطقة، وتبلغ نسخة لبرنامج النفايات الطبية بالإدارة العامة للصحة الوقائية / الرياض / تليفون: .... فاكس: ...., ايميل: ....**



MENTAL HEALTH

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبد الكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied to: All PMC staff العاملين بالعيادة النفسية الأولية	Title: Follow up patients in the primary mental health clinic سياسات وإجراءات متابعة مرضى العيادة النفسية الأولية	Page 1 of 5
Department: PMC	Policy Number : PMC-APP-001EA (2)	Replaces Number : PMC-APP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1. Purpose:

1.1To develop a system to track people with mental illnesses and to provide them with ongoing psychological care.
1.2 Early detection of common mental illnesses and deal with it.
1.3 Reduce morbidity and disability among mental illnesses.

1. الغرض:

1.1وضع نظام لمتابعة مرضى الأمراض النفسية و لذلك لتوفير رعاية نفسية مستمرة لهم.
1.2 الاكتشاف المبكر للأمراض النفسية الشائعة و التعامل معها.
1.3خفض معدل المراضة و الإعاقة بين الأمراض النفسية.

2. Definitions:

2.1Mental disorders: It is a disorders that affects human thinking or his feelings or his judgment on things or behavior, and to some extent require intervention to take care of them, and management of diseases and include the following, for example:
2.1.1. Depression.
2.1.2. Anxiety disorder.
2.1.3. Somatization
2.1.4. Non organic sleep disorder.
2.1.5. Social problem.
2.1.6 Chronic fatigue syndrome.
2.2 Defaulted patients in PMHC clinic: They are the patients who did not attend the follow-up visit initial PMHC clinic for more than three months of last follow-up visit.

2- التعريفات:

2.1الأمراض النفسية الأولية: هي حالة تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره أو حكمه على الأشياء أو سلوكه وتصرفاته إلى حد تستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان، ومعالجته و تشمل الأمراض التالية على سبيل المثال:
2.1.1الاكتئاب.
2.1.2القلق بأنواعه.
2.1.3الاضطرابات النفس جسدية.
2.1.4اضطرابات النوم الغير عضوية
2.1.5الحالات الناتجة عن المشاكل الاجتماعية.
2.1.6متلازمة الإعياء النفسي المزمن.
2.2المتخلفين عن المتابعة بالعيادة النفسية الأولية: هم المرضى الذين لم يحضروا زيارة المتابعة بالعيادة النفسية الأولية لمدة تزيد عن ثلاث شهور من آخر زيارة متابعة.

3.Policy:

3.1 The follow-up mental illness patients at a PMHC clinic providing treatment service at the health center or referred into the main center of the national program of PMHC clinic according to evidence -based clinical guidelines work.

3- السياسات:

3.1يتم متابعة مرضى الأمراض النفسية في العيادة النفسية الأولية في عيادة تقديم الخدمة النفسية في المركز الصحي أو تحول إلى المركز الرئيسي للبرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية وفقاً لأدلة العمل الإرشادية الإكلينيكية المعتمدة.

4- Procedures:

4.1. The PMHC clinic nurse will receive and welcomed the patient.
4.2 The PMHC clinic nurse will open the file and perform the nursing assessment according to the work instructions, fill the forms of the clinic and take the vital signs, which include blood pressure, pulse and weight.
4.3 The nurse will register the result of nursing assessment and vital signs in the patient's file.
4.4After completing the opening of the patient’s file by the PMHC clinic nurse, the patient directed to the PMHC physician.
4.5 In the first visit of the patient:
4.5.1The physician will assess the patient condition by taking the history, performing the clinical examination to ensure the diagnosis according to the clinical guidelines (ICD11).

4. الإجراءات:

4.1تقوم ممرضة العيادة باستقبال المراجع و الترحيب به.
4.2 تقوم الممرضة بإجراءات فتح الملف و التقييم التمريضي و تعبة النماذج الخاصة بالعيادة النفسية الأولية و اخذ العلامات الحيوية و تشمل الضغط و النبض و الوزن.
4.3 تقوم الممرضة بتسجيل نتائج التقييم التمريضي و العلامات الحيوية الخاصة بملف المريض.
4.4 بعد إتمام إجراءات فتح الملف للمريض من قبل قسم التمريض يتم توجيهه لطبيب الرعاية النفسية المؤهل.
4.5 أذا كانت الزيارة الأولى للمراجع:
4.5.1 يقوم طبيب الرعاية النفسية المؤهل بتقييم حالة المراجع بأخذ التاريخ المرضي و التقييم النفسي للتأكد من التشخيص وفقاً للأسس التشخيصات العالمية

Applied to: All PMC staff العاملين بالعيادة النفسية الأولية	Title: Follow up patients in the primary mental health clinic سياسات وإجراءات متابعة مرضى العيادة النفسية الأولية Page 2 of 5	
Department: PMC	Policy Number : PMC-APP-001EA (2)	Replaces Number : PMC-APP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

.(ICD11)

4.5.2 When the diagnosis of mental conditions determine the degree of the severity of their symptoms, in case of mild to moderate cases will be managed by PMHC physician, in case of severe mental disease will be referred to psychiatric emergency hospital or psychiatrist in the main PMHC clinic.

4.5.3 Find the reasons for patient's symptoms, organic, psychological or social.

4.5.4Work with a teamwork in the management plan for the patient based on the patient's condition (interference psychologist and social to resolve psychological and social problems both according to his specialty).

4.5.5 The PMHC physician will put the plan of care and follow up plan for patient according to clinical guidelines and discuss it with the patient and his family.

4.5.6 The PMHC physician will educate the patient and his family about the illness, plan of care, medication given and its side effects.

4.5.7 The PMHC nurse will register the patient in the PMHC clinic follow up registry.

4.5.8 The PMHC nurse will coordinate the follow up with PMHC physician, psychologist, and social worker according to management plan.

4.5.9In the beginning of management dates is given relative within 2-3 weeks depending on the patient's condition.

4.5.10 the PMHC physician explain to the patient that the improvement begins after 2-3 weeks and after 4-6 weeks most of the symptoms disappear and the follow up will be every 3-4 weeks depending on the patient's condition.

4.6 In the follow up visit of the patient,

4.6.1 The PMHC physician will assess the patient for the improvement of his condition and adherent to the management plan of care.

4.6.2The PMHC physician follow-up the patient's condition with the therapeutic team (psychologist and social)

4.7 The PMHC physician, nurse, psychologist and social worker will register all patients' data in the patient's file each in his specific fields.

4.8 The PMHC nurse will give the patient an appointment card, and register the date and time of appointment in it.

4.5.2عند تشخيص الحالات النفسية تحدد درجة شدة أعراضها فالحالات البسيطة و المتوسطة يقوم طبيب الرعاية النفسية المؤهل بالتعامل معها بينما الحالات الشديدة أو الطارئة يتم تحويلها إلى الطبيب النفسي أو الطوارئ بالمستشفى.

4.5.3 يتم تحديد أسباب الأعراض سوء عضوية أو نفسية أو اجتماعية.

4.5.4 العمل مع الفريق العلاجي في وضع الخطة العلاجية الرئيسية للمريض بناء على حالة المريض (تدخل الأخصائي النفسي و الاجتماعي لحل المشكلات النفسية و الاجتماعية كلاً حسب تخصصه).

4.5.5 يقوم طبيب الرعاية النفسية المؤهل بوضع خطة العلاج و المتابعة للمريض حسب الإرشادات الإكلينيكية و مناقشتها مع المريض و عائلته.

4.5.6 في حالة التشخيص لأول مرة: يقوم الطبيب بشرح التشخيص و طبيعة المرض و الخطة العلاجية و الأدوية المعطاة و أثارها الجانية للمريض و عائلته.

4.5.7 تقوم الممرضة بتسجيل المراجع في سجل المتابعة الخاص بالعيادة.

4.5.8 تقوم الممرضة بتنسيق مواعيد متابعة المرضى مع طبيب الرعاية النفسية الأولية و الأخصائي النفسي و الاجتماعي حسب خطة العلاج.

4.5.9 يتم أعطى مواعيد قريبة في بداية العلاج 2-3 أسابيع حسب حالة المريض.

4.5.10يوضح للمريض أن التحسن يبدأ بعد 2-3 أسابيع و بعد 4-6 أسابيع تختفي معظم الأعراض و تكون المتابعة من3-4 أسابيع حسب حالة المريض.

4.6. إذا كانت زيارة لمتابعة المريض:

4.6.1 يقوم طبيب الرعاية النفسية الأولية بتقييم المريض من حيث تحسن المريض و متابعة خطة العلاج.

4.6.2 يقوم طبيب الرعاية النفسية الأولية متابعة حالة المريض مع الفريق العلاجي (الأخصائي النفسي و الاجتماعي)

4.7 يقوم كلاً من الممرضة و طبيب الرعاية النفسية الأولية و الأخصائي النفسي و الاجتماعي بتدوين كافة بيانات

Applied to: All PMC staff العاملين بالعيادة النفسية الأولية	Title: Follow up patients in the primary mental health clinic سياسات وإجراءات متابعة مرضى العيادة النفسية الأولية Page 3 of 5	
Department: PMC	Policy Number : PMC-APP-001EA (2)	Replaces Number : PMC-APP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

4.9 The PMHC nurse will register the appointment in the clinic's appointment registry.
4.10 After the symptoms disappeared and cured the patient is given a period of 6 months to complete the management plan and then gradually the medication stopped on the period of 6-8 weeks.
4.11 If relapse occur the management plan extend after the stabilization of the condition for a year.

المريض في الملف الصحي كلاً حسب الجزء المخصص له.
4.8 تقوم الممرضة بإعطاء بطاقة مواعيد للمريض و تقوم بتدوين تاريخ و وقت الموعد في البطاقة.
4.9. تقوم الممرضة بتسجيل الموعد في سجل المواعيد الخاص بالعيادة.
4.10 بعد اختفى الأعراض و الشفاء التام يعطى المريض فترة 6-أشهر لتكملة الخطة العلاجية ثم يتوقف العلاج تدريجياً على فترة من 6-8 أسابيع.
4.11 إذا حصل انتكاسة تمد فترة العلاج بعد استقرار الحالة لمدة سنة.

5- Responsibilities:

5.1. Primary mental health care (PMHC) physician will be responsible for:
5.1.1 The physician will assess the patient condition by taking the history, performing the clinical examination to ensure the diagnosis according to the clinical guidelines (ICD11).
5.1.2 Find the reasons for patient's symptoms, organic, psychological or social.
5.1.3 Work with a teamwork in the management plan for the patient based on the patient's condition (interference psychologist and social to resolve psychological and social problems both according to his specialty).
5.1.4 The PMHC physician will put the plan of care and follow up plan for patient according to clinical guidelines and discuss it with the patient and his family.
5.1.5 The PMHC physician will educate the patient and his family about the illness, plan of care, medication given and its side effects.

5.2 PMHC nurse will be responsible for:
5.2.1. Receive and welcomed the patient.
5.2.2. Open the file and perform the nursing assessment for the clinic according to the work instructions.
5.2.3. Register the results of the nursing assessment and special measurements in the patient's health record.
5.2.4 The PMHC nurse will register all patients' data

5. المسئوليات:

5.1. طبيب الرعاية النفسية الأولية المؤهل يكون مسئول عن:
5.1.1 يقوم طبيب الرعاية النفسية المؤهل بتقييم حالة المراجع بأخذ التاريخ المرضي و التقييم النفسي للتأكد من التشخيص وفقا للأسس التشخيصات العالمية (ICD11).
5.1.2 يتم تحديد أسباب الأعراض سوء عضوية أو نفسية أو اجتماعية.
5.1.3 العمل مع الفريق العلاجي في وضع الخطة العلاجية الرئيسية للمريض بناء على حالة المريض (تدخل الأخصائي النفسي و الاجتماعي لحل المشكلات النفسية و الاجتماعية كلاً حسب تخصصه).
5.1.4 يقوم طبيب الرعاية النفسية المؤهل بوضع خطة العلاج و المتابعة للمريض حسب الإرشادات الإكلينيكية و مناقشتها مع المريض و عائلته, و مراجعتها و تقييم المريض من حيث التحسن عند كل زيارة متابعة.
5.1.5 في حالة التشخيص لأول مرة: يقوم الطبيب بشرح التشخيص و طبيعة المرض و الخطة العلاجية و الأدوية المعطاة و أثارها الجانبية للمريض و عائلته.
5.2 ممرضة العيادة النفسية الأولية تكون مسئولة عن:
5.2.1استقبال المراجع و الترحيب به.
5.2.2 إجراء فتح الملف و التقييم التمريضي و تعبة النماذج الخاصة بالعيادة النفسية الأولية و العلامات الحيوية وفق تعليمات العمل.
5.2.3 تسجيل نتائج التقييم التمريضي و العلامات الحيوية في ملف المريض الصحي.
5.2.4 تقوم بتعبئة الجزء الخاص بالبيانات الأساسية و التمريضية.

in the patient's file in her specific field.

5.2.5 Arrange the patient entry to the appointment according to the serial number.

5.2.6 Register the patient in the PMHC clinic follows up registry.

5.2.7 Coordinate the patient appointment with the PMHC physician, psychologist, social worker according to management plan.

5.2.8. Register all patients' data in the patient's file in specific field.

5.2.9. Give the patient an appointment card, and register the date and time of appointment in it, and registry.

5.2.10. Collect the defaulted patients at the end of each Hijra month, and register them in the defaulter registry in the clinic to follow up them.

5.3 Psychologist in PMHC will be responsible for:

5.3.1 Psychological therapeutic and diagnostic interventions.

5.3.2 Assist in providing psychological services for therapeutic program and help the patient to recover.

5.3.3Work with a teamwork in a management plan for the patient based on what its services (psychological assessment - the objective to intervene to solve problems).

5.3.4 Thematic follow-up to plan the main therapeutic for the patient.

5.3.5 Mental health awareness in the community with the participation of the team.

5.4. Social worker in PMHC will be responsible for:

5.4.1 Analyze and diagnose the social problem of the patient and the formation of a professional opinion.

5.4.2. Determine the nature of the problem and their negative impact on the individual family hand, work, and compatibility with others.

5.4.3 Develop a strategy to help the patient, each according to the nature of his problem.

5.4.4 Practice appropriate social therapy with each case and the selection of methods and models according to the type of disease.

5.4.5 Contacts with the authorities and associations related to providing support coordination of service

5.2.5 تنظيم دخول المراجع للموعد حسب الرقم التسلسلي.

5.2.6 تسجيل المراجع في سجل متابعة الخاص بالعيادة النفسية الأولية.

5.2.7 تقوم الممرضة بتنسيق مواعيد متابعة المرضى مع طبيب الرعاية النفسية الأولية و الأخصائي النفسي و الاجتماعي حسب خطة العلاج.

5.2.8 تدوين كافة بيانات المريض في الملف الصحي في الجزء المخصص لها.

5.2.9 إعطاء بطاقة مواعيد للمريض و تقوم بتدوين تاريخ و وقت الموعد في سجل المواعيد الخاص بالعيادة.

5.2.10 حصر المتخلفين عن المتابعة في نهاية كل شهر هجري, و تسجيلهم في سجل متابعة المتأخرين بالعيادة و ذلك لمتابعتهم.

5.3الأخصائي النفسي بالعيادة النفسية الأولية يكون مسئول عن:

5.3.1 تقديم التدخلات النفسية التشخيصية العلاجية.

5.3.2المساعدة في تقديم الخدمات النفسية للبرنامج العلاجي و مساعدة المريض على التعافي.

5.3.3 العمل مع الفريق العلاجي في وضع الخطة العلاجية الرئيسية للمريض بناء على ما يقدمه من خدمات (التقييم النفسي – التدخل الموضوعي لحل المشكلات)

5.3.4 المتابعة الموضوعية للخطة العلاجية الرئيسية للمريض.

5.3.5 نشر الوعي الصحي النفسي في المجتمع بمشاركة فريق العمل.

5.4الأخصائي الاجتماعي بالعيادة النفسية الأولية يكون مسئول عن:

5.4.1 دراسة وتشخيص وتحليل المشكلة الاجتماعية للمريض وتكوين رأي مهني.

5.4.2 تحديد طبيعة المشكلة وتأثيرها السلبي على الفرد من ناحية الأسرة, العمل, التوافق مع الآخرين.

5.4.3 وضع استراتيجية لمساعدة المريض كل حسب طبيعة مشكلته.

5.4.4 ممارسه العلاج الاجتماعي المناسب مع كل حاله والانتقاء من الأساليب والنماذج حسب نوع المرض.

5.4.5 تنسيق الاتصالات مع الجهات والجمعيات ذات العلاقة بتقديم الخدمة المساندة.

6. Forms & Registries:

6.1 Form for patient personal data

6.النماذج:

6.1 الاستمارة الخاصة بيانات المريض

6.2 Physician assessment Form
6.3 form for psychological assessment
6.4 social assessment form
6.Follow up form
6.6 Survey of anxiety and depression form.
6.7 daily register of follow up of the patient.
6.8 Schedule and retarded for review
6.9 Referral register to other specialty.
6.10 special register for new cases.

6.2استمارة كشف طبيب
6.3 الاستمارة الخاصة بالأخصائي النفسي
6.4استمارة التقييم الاجتماعي
6.5استمارة تطور الحالة وعلاجها
6.6استمارة المسح للقلق والاكتئاب
6.7سجل يومي لتسجيل حضور المريض.
6.8 سجل المواعيد و المتخلفين عن المراجعة
6.9سجل التحويل إلى الجهات الأخرى.
6.10سجل خاص بالحالات الجدد.

7. Attachment:
7.1 Form for patient personal data
7.2 Physician assessment Form
7.3 form for psychological assessment
7.4 social assessment form
7.Follow up form
7.6 Survey of anxiety and depression form.
7.7 Flowchart on PMHC patients follow up care.
7.8 ICD11-PC

7. المرفقات:
7.1 الاستمارة الخاصة بيانات المريض
7.2استمارة كشف طبيب
7.3 الاستمارة الخاصة بالأخصائي النفسي
7.4استمارة التقييم الاجتماعي
7.5استمارة تطور الحالة وعلاجها
7.6استمارة المسح للقلق والاكتئاب
7.7خريطة تدفق إجراءات رعاية مرضى العيادة النفسية الأولية.
7.8 الدليل التشخيصي العالمي (ICD11-PC)

8. **References**:
8.1National Primary Psychological Care Program

8. المراجع:
1.8 البرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PMC staff العاملين بالعيادة النفسية الأولية	Title: mental health education in the primary mental health clinic سياسات وإجراءات التثقيف النفسي الصحي بالعيادة النفسية الأولية Page 1 of 3	
Department: PMC	Policy Number : PMC-APP-003EA (2)	Replaces Number : PMC-APP-003EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

1- The Purpose:

1.1 To educate the workers in primary health care from doctors, nurses and the staff who receive patients.
1.2 To clarify the role of health care workers with regard to the education of patients and their families.
1.3 To increase awareness and promote mental health and healthy behavior through early detection and continued medical follow-up psychological.
1.4 To educate the patient in order to improve the quality of lifestyle.
1.5 To educate the patient about how to control the mental illness.
1.6 To educate the patient on how to deal with complications and side effects.

1- الغرض:

1.1 تدريب العاملين في الرعاية الصحية الأولية من أطباء وممرضين وموظفي استقبال المرضى.
2.1 توضيح دور العاملين بالرعاية الصحية فيما يخص تثقيف المرضى وعائلاتهم.
3.1 زيادة الوعي وتعزيز الصحة النفسية والسلوك الصحي السليم من خلال الاكتشاف المبكر واستمرار المتابعة الطبية النفسية.
4.1 تثقيف المريض لتحسين نوعية نمط الحياة.
5.1 تثقيف المريض للتحكم بالمرض النفسي.
6.1 تثقيف المريض لمنع المضاعفات.

2- The Definitions:

2.1 The Health Education: It is the oral education process with brochures, graphics, videos and clarification and other means. The health education is important health educations, which include all health team members (a doctor and a nurse, and psychosocial worker).

2- التعريفات:

1.2 التثقيف: عملية التعليم الشفهية عن طريق استخدام المطويات والرسوم وشرائط الفيديو والإيضاح والوسائل الأخرى. والتثقيف الصحي مهمة كل أفراد الفريق الصحي (ويشمل الطبيب والممرض أو الممرضة، والأخصائي النفسي والاجتماعي).

3- The Policies:

3.1 You must assess the educational needs of the patient and the caregiver by workers of psychiatric clinic before providing any type of health education, and this must be documented in the medical file.
3.2 The patient must be educated about his illness, diagnosis, and the used drugs as well as its side effects.
3.3 All the activities of health education being provided to the patient by the workers in psychological care must be documented in the medical file.

3- السياسات:

1.3 يجب تقييم الاحتياجات التعليمية للمريض أو مقدم الرعاية عن طريق العاملين بالعيادة النفسية بالمركز قبل إعطاء أي تثقيف. ويجب توثيق ذلك في الملف الصحي.
2.3 يتم تثقيف المريض عن مرضه والتشخيص وخطة العلاج والأدوية المستخدمة وأعراضها الجانبية.
3.3 يجب توثيق جميع أنشطة التثقيف المعطاة للمريض من قبل العاملين بالرعاية النفسية في الملف الصحي.

4- The Procedures:

4.1 Assess the person who provides care for the patient at home or the patient himself or both of them, and through this assessment we will identify the educational needs and the skills they need and their readiness to learn. After the completion of your assessment process, give them educational materials that suit with their teaching skills to be either oral written or oral, or by demonstration or other means (such as health education booklets for psychiatric).

4- الإجراءات:

1.4 يقوم مقدم الخدمة بتقييم الشخص الذي سيقدم الرعاية للمريض في البيت أو المريض نفسه أو كليها ومن خلال هذا التقييم سوف نتعرف على الاحتياجات التعليمية والمهارات التي يحتاجونها ومدى استعدادهم للتعلم. وبعد إتمام عملية التقييم يقوم مقدم الخدمة بإعطائه المواد التعليمية التي تتناسب مع مهاراتهم التعليمية إما أن تكون شفوية مكتوبة أو شفوية، أو عن طريق الإيضاح أو الوسائل الأخرى مثل (كتيبات التثقيف

Applied to: **All PMC staff** العاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Title: mental health education in the primary mental health clinic** سياسات وإجراءات التثقيف النفسي الصحي بالعيادة النفسية الأولية	**Page 2 of 3**
Department: PMC	**Policy Number : PMC-APP-003EA (2)**	**Replaces Number : PMC-APP-003EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

4.2 Give the patient the appropriate information on the expected occurrence of complications of the disease and how he should react towards it.

5- **The Responsibilities:**

5.1 The responsibility of the doctor and nursing team is the coordination for the process of education and training for patients and their families and ensure that the patient obtained the appropriate education and training for his case.
5.2 To coordinate with school health and student's guidance departments to educate the students about early detection of the psychological disorders.
5.3 To participate in the international events and spread the psychological culture at the level of clubs, commercial Malls in order to target the largest possible number of members of the community
5.4 Educate the patient and caregiver for risk factors such as Endogamy and following of unhealthy lifestyle and educate the patient or caregiver to the patient about the importance of continuously treatment. In addition, to explain ways to use and how often to take the medication and possible side diseases. You can give the patient brochures or graphics.
5.5 To let the patient involved in the plan of treatment whenever is available.
5.6 Explain to the patient or caregiver the problems which the patient needs to seek medical advice and when it needs this advice and when it can be obtained from the health care center during the official working hours or through the emergency department after working hours and how it should be obtained by telephone advice or that he has come to visit a doctor.
5.7 Explain to the patient that he must fully comply with the appointment given to him by the clinic.
5.8 When you educate the patient use simple and plain language and give the patient or his family enough time to understand the information given to him and give enough time to interact with the patient, and use brochures, drawings and models to clarify and make sure to get feedback from the patient or family to ensure understanding by repatriation or use again.
5.9 Arrange to register and document all the procedures of health education in the medical file of the patient.

الصحي للأمراض النفسية).
2.4 يقوم مقدم الخدمة بإعطاء المريض المعلومات المناسبة عن مرضه والمضاعفات المتوقع حدوثها وكيف يجب أن يكون استجابته.

5- المسؤوليات:
1.5 إن مسؤولية الطبيب والتمريض هي التنسيق لعملية التعلم والتدريب للمرضى وعائلاتهم والتأكد من تلقي المريض تعليم وتدريب مناسب لحالته.
2.5 التنسيق مع الصحة المدرسية والإرشاد الطلابي لتوعية الطلاب والعمل على الاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية.
3.5 المشاركة في المناسبات العالمية ونشر الثقافة النفسية على مستوى الأندية والمجمعات التجارية واستهداف أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع.
4.5 يقوم مقدم الخدمة بتعليم المريض أو مقدم الرعاية جيدًا عن عوامل الخطورة مثل زواج الأقارب وأتباع نمط حياة غير صحي وتوعية المريض أو مقدم الرعاية للمريض عن أهمية المداومة على العلاج. وشرح طرق الاستخدام وعدد المرات لأخذ الدواء والأمراض الجانبية المحتملة. ويمكن اعطاء المريض مطوية أو رسومات.
5.5 إشراك المريض بخطة العلاج عند توفرها.
6.5 اشرح للمريض أو لمقدم الرعاية المشاكل التي يحتاج فيها المريض إلى طلب مشورة طبية ومتى يحتاج هذه المشورة ومتى يمكن الحصول عليها من مركز الرعاية الصحية أثناء أوقات العمل الرسمية أو من خلال قسم الطوارئ بعد ساعات العمل وكيف ينبغي عليه الحصول على المشورة تلفونيًا أو أن عليه أن يأتي لزيارة الطبيب.
7.5 اشرح للمريض ضرورة الالتزام التام بموعد متابعة العيادة المحدد له.
8.5 عند تثقيف المريض ا ستخدم لغة سهلة واترك للمريض أو عائلته الوقت الكافي لفهم المعلومات المعطاة وأعطِ الوقت الكافي للتفاعل مع المريض وقم باستخدام المطويات والرسومات والنماذج للإيضاح واحرص على الحصول على التغذية الراجعة من المريض أو العائلة لضمان الفهم عن طريق الإعادة أو الاستخدام مرة أخرى.
9.5 يقوم مقدم الخدمة بتوثيق جميع إجراءات التثقيف في ملف المريض الصحي.

Applied to: **All PMC staff** العاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Title: mental health education in the primary mental health clinic** سياسات وإجراءات التثقيف النفسي الصحي بالعيادة النفسية الأولية **Page 3 of 3**	
Department: PMC	**Policy Number : PMC-APP-003EA (2)**	**Replaces Number : PMC-APP-003EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

6- The Models

6.1 The model of educating the patients and their families

6- النماذج:

1.6 نموذج تثقيف المرضى وعائلاتهم.

7. References:

- Primary Mental Health Care Guide at Family Medicine Center.
- Services Standards of Mental Health Service in accordance with the World Health Organization

6- المراجع:

- دليل الرعاية النفسية الأولية بمركز طب الأسرة
- معايير الخدمة النفسية الأولية في منظمة الصحة العالمية

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: **All PMC staff** **العاملين بالعيادة النفسية الأولية**	**Title: Referral of patients in the primary mental health clinic** **سياسات وإجراءات الإحالة لمرضى العيادة النفسية الأولية**	**Page 1 of 3**
Department: PMC	**Policy Number: PMC-APP-002EA (2)**	**Replaces Number: PMC-APP-002EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1-The Purpose:

1.1 Establish an appropriate mechanism for transfer or referral of patients, both in emergency as well as non-emergency situations to receive the service in the hospital.
1.2 It does not include a patient who leaves the facility against medical advice.

2-policies:

2.1. **cases that need an immediate referral to a psychiatric hospital:**

.2.1.1 patient's refusal to be treated in the center and want to be referred.
.2.1.2 emergency cases like agitation and aggression.
.2.1.3cases that has been diagnosed by the trained physician as a sever casa as suicide or psychosis in general like schizophrenia or depression associated with delusion or hallucination.
.2.1.4 cases with a self-harm behavior or homicide.
.2.1.5addiction cases.
.2.1.6 resistant cases.

2.2. cases that need a psychiatric specialist in the specialized clinic:

.2.2.1 over all psychotic cases like schizophrenia or depression associated with delusion or hallucination.
.2.2.2 special cases like personality disorders.
.2.2.3 epilepsy patients.

2.3. cases that can be treated in PMHC clinic:

2.3.1 Depressive disorders.
2.3.2 Anxiety disorders.
2.3.3 Psychosomatic disorders.
2.3.4 Nonorganic Sleep disorders.
2.3.5 Cases due to social conflicts.

1. الغرض:

1.1 إنشاء أليه لنقل أو إحالة المرضى في الوقت المناسب والفعال، سواء في الحالات الطارئة أو الغير طارئة لتلقي الخدمة بالمستشفى

1.2 لا تشمل المريض الذي يترك المركز ضد المشورة الطبية.

2.السياسات:

2.1. حالات تحول عاجلاً إلى مستشفى الطب النفسي:

2.1.1.في حال رفض المريض تلقي العلاج من المركز ويرغب بالتحويل المباشر.
2.1.2الحالات الطارئة و الإسعافية مثل حالات الهيجان و العدوانية.
2.1.3الحالات التي تم تشخيصها من قبل طبيب المركز على كونها حالات نفسية شديدة. مثل محاولة الانتحار أو حالات الذهان بأنواعها: الفصام والاكتئاب المصحوبة بهلاوس وضلالات.
2.1.4الحالات التي تمثل خطورة على النفس أو الغير
2.1.5حالات الإدمان.
2.1.6الحالات المقاومة للعلاج.

2.2. حالات تحتاج إلى أخصائى طب نفسى فى العيادة المركزية:

2.2.1.حالات الذهان بأنواعها مثل: الشيزوفرانيا ، والاكتئاب المصحوب بهلاوس وضلالات
2.2.2.. بعض الحالات ذات الطابع الخاص مثل: اضطراب الشخصية
2.2.3.مرضى الصرع.

2.3 الحالات التى يمكن أن تعالج من خلال المركز الصحى:

2.3.1.الاكتئاب
2.3.2 القلق بأنواعه
2.3.3الاضطرابات النفس جسدية
2.3.4اضطرابات النوم الغير عضوية
2.3.5 الحالات الناتجة عن المشاكل الاجتماعية.

Applied to: All PMC staff العاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Title: Referral of patients in the primary mental health clinic** سياسات وإجراءات الإحالة لمرضى العيادة النفسية الأولية **Page 2 of 3**	
Department: PMC	**Policy Number: PMC-APP-002EA (2)**	**Replaces Number: PMC-APP-002EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

3-: Procedures:

3.1The center physician will identify the patient's care needs based on the medical assessment.

3.2If the patient's care needs are beyond the PHC ability or scope of services; the physician will refer the patient to the specialized clinic o hospital.

3.3. PMHC physician complete the referral form, which includes:

3.3.1. Patient's data.

3.3.2. Diagnosis

3.3.3. Treatment given.

3.3.4. Present status.

3.3.5. Investigation done and results.

3.3.6. Equipment required.

3.3.7. Patient's present clinical health status.

3.3.8. The reason of transfer to another institution.

3.4. The coordinating office in the clinic should be equipped with a telephone, fax, and a computerized program.

3.5The referral office receives the referral form.

3.6The referral office the referral by day, month, and register a serial number starting by 1 for each year.

3.7. The referral office stamps the referral form with the specialized clinic's stamp.

3.8. In case of emergency cases, patient should be accompanied with a health practitioner trained on BLS.

5. Forms:

- Referral form to the PMHC clinic.
- Referral form to the psychiatric hospital.

6. Attachments:

- Referral form to the PMHC clinic.
- Referral form to the psychiatric hospital.

3.الإجراءات:

3.1يقوم طبيب المركز بتحديد احتياجات المريض للرعاية بناءً على التقييم النفسي الطبي.

3.2 إذا كانت احتياجات المريض تتعدى قدرات المركز أو مجال خدماته، يقوم الطبيب بإحالة المريض للعيادة التخصصية أو المستشفى.

3.3يقوم طبيب الرعاية الأولية بتعبئة نموذج الإحالة والتي تشمل:

3.3.1بيانات المريض.

3.3.2التشخيص.

3.3.3 العلاج الذي تم تلقيه.

3.3.4الوضع الحالي.

3.3.5الفحوصات التي تمت ونتائجها.

3.3.6المعدات المطلوبة.

3.3.7الحال الصحية السريرية للمريض.

3.3.8سبب النقل إلى مؤسسه أخرى.

3.4 يكون قسم الإحالة بالمركز مجهز بالتلفون والفاكس أو بشبكة حاسوبية للمراكز المحسوبة.

3.5يقوم قسم الإحالة باستلام نموذج التحويل من الطبيب ويقوم بتسجيله في سجل الإحالة.

3.6 يتم التسجيل بحسب اليوم والشهر ويوضح له رقم تسلسلي يبدأ من 1 لكل سنه.

3.7 يقوم بختم التحويل بالختم الخاص للعيادة.

3.8في حالات الطوارئ ،يجب مرافقه المريض بممارس صحي مدرب على التعامل مع الحالات النفسية الطارئة.

5.النماذج:

- نموذج التحويل إلى العيادة المركزية.
- نموذج التحويل إلى مستشفى الطب النفسي.

6.المرفقات

- نموذج التحويل إلى العيادة المركزية.

نموذج التحويل إلى مستشفى الطب النفسي.

7. References:

- Primary Mental Health Care Guide at Family Medicine Center.
- Services Standards of Mental Health Service in accordance with the World Health Organization

7.المراجع:

- دليل الرعاية النفسية الأولية بمركز طب الأسرة
- معايير الخدمة النفسية الأولية في منظمة الصحة العالمية

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Applied to: All PMC staff العاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Title: Training program for employee in the primary mental health clinic** البرنامج التدريبي للعاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Page 1 of 5**
Department: PMC	**Policy Number : PMC-APP-004EA (2)**	**Replaces Number : PMC-APP-004EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1. The Purpose:

1.1 Raising the efficiency of primary health care physician for early detection of cases of mental disorders and distinguish them from organic diseases and refer it to the centers providing the services if it necessary.

1.2 Qualifying physicians who wish to join the program of primary mental care to conduct tasks of primary mental health care in health centers within their daily work.

1.3 Forming the basic of a teamwork, whether in the city or village to provide primary mental health service after training completion.

1.الغرض:

1.1رفع كفاءة طبيب الرعاية الأولية للاكتشاف المبكر للحالات النفسية وتميزها عن الحالات العضوية وتحويلها إلى مراكز تقديم الخدمة عند الحاجة.

1.2تأهيل الراغبين من أطباء الرعاية الالتحاق بالبرنامج التدريبي للقيام بمهام الرعاية النفسية الأولية في المراكز الصحية ضمن عملهم اليومي.

1.3تكوين نواة فريق عمل سواء في مدينة أو قرية لتقديم الخدمة النفسية الأولية بعد الانتهاء من مستلزمات التدريب.

2.The Plan Scope:

2.1 All trainees participated in primary mental health care program should be able at the end of the training period to diagnose psychiatric cases and distinguished them from organic cases and then managing them according to international guide line applied in the program

2.مجال الخطة:

2.1 ينبغي على جميع المتدربين في برنامج الرعاية النفسية الأولية أن يكونوا قادرين في نهاية مدة التدريب على تشخيص الحالات النفسية وتميزها عن الحالات العضوية ومن ثم علاجها وفقاً لمعايير المعالجة العالمية المتبعة بالبرنامج.

3.Tasks:

3.1 Training coordinator will be responsible for the following:

3.1.1 Providing Training requirement in the mental health care program.

3.1.2 Preparing the training plan.

3.1.3 Preparing the Schedule of training activities.

3.1.4 Preparing of training materials.

3.1.5 Preparing tests and assessments before and after the activities listed in the plan.

3.1.6 Preparing an evaluation form.

3.1.7 Contribution in training activities with the teamwork.

3.2.8 Discussing cases that have been interviewed and evaluated by the trainees' coordinator

3- المسؤوليات:

3.1منسق التدريب يكون مسئول عما يأتي:

3.1.1تقييم احتياجات التدريب في برنامج الرعاية النفسية الأولية.

3.1.2إعداد خطة التدريب.

3.1.3 إعداد الجدول الزمني للأنشطة التدريبية.

3.1.4إعداد مواد التدريب.

3.1.5إعداد الاختبارات والتقييم قبل وبعد الأنشطة المذكورة في الخطة.

3.1.6إعداد استمارة تقييم.

3.1.7المساهمة بأنشطة التدريب مع فريق العمل.

3.1.8مناقشة الحالات التي تمت مقابلتها وتقيم المتدرب وفق الاستمارة التقييم.

according to the evaluation form.

3.2. Trainees responsibilities:

3.2.1 Attending all clinics.

3.2.2 Taking the medical history of the cases and discussed it with the training responsible to establish a proper management plan.

3.2.3 To take over view idea about all clinic departments and various services provided both therapeutic, psychological session and social meetings to discover the hidden agenda.

3.2مسؤوليات المتدربين:

3.2.1حضور جميع العيادات.

3.2.2أخذ التاريخ المرضي للحالات ومناقشتها مع مسئولة التدريب لوضع الخطة العلاجية المناسبة.

3.2.3التعرف على أقسام العيادة ومختلف الخدمات المقدمة سواء العلاجية أو الجلسات النفسية أو الاجتماعية.

4. Curriculum:

4.1. General concepts:

4.1.1 Communication skills with patients.

4.1.2 Skills of taking medical history of the cases applying biopsychosocial approach with emphasis on the mental and social aspects of the patient and discovered the hidden agenda.

4.2 Diagnosis and treatment:

4.2.1 Diagnosing cases according to DSM-V

4.2.2 Setting up the treatment plan according to international standards recognized by the (NICE, APA) guide line.

4.2.3 Referring cases as needed to a psychologist or social worker.

4.2.4 Following up the patient by giving approaching appointments in the first phase and then spaced dates on improvement and then gradual discontinuation of treatment to avoid relapse.

4.المقرر:

4.1 المفاهيم العامة:

4.1.1مهارات التواصل مع المرضى.

4.1.2مهارات أخذ التاريخ المرضي للحالات والتركيز على المريض وليس على المرض مع الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية للمريض.

4.2 التشخيص والمعالجة:

4.2.1تشخيص الحالات وذلك اعتمادا على معايير عالمية معترفة ICD11-PC &DSM-V.

4.2.2وضع الخطة العلاجية وفق معايير عالمية معترفة NICE, guide line(APA)

4.2.3تحويل الحالات حسب الاحتياج إلى الأخصائي النفسي أو أخصائي الخدمة الاجتماعية.

4.2.4متابعة الحالة وذلك بإعطاء مواعيد متقاربة في المرحلة الأولى ومن ثم مواعيد متباعدة عند التحسن الكامل ومن ثم آلية وقف العلاج الدوائي لتجنب الانتكاسة.

4.3 Mental head problems:

4.3.1 Depression
4.3.2 Adjustment Disorder
4.3.3 Generalized anxiety disorder
4.3.4 Social phobia
4.3.5 Panic attacks
4.3.6 Psycho Physical Disorder
4.3.7 Obsessive-compulsive disorder
4.3.8 Sleep disorders
4.3.9 Bipolar Disorder
4.3.10 Delusional Disorder
4.3.11 Schizophrenia

4.3 الأمراض النفسية:

4.3.1الاكتئاب.
4.3.2 تفاعلات الكرب الحاد والتكيف.
4.3.3 اضطراب القلق العام.
4.3.4 الرهاب الاجتماعي.
4.3.5 نوبات الهلع.
4.3.6 الإضرابات النفس جسدية.
4.3.7 الوسواس القهري.
4.3.8اضطرابات النوم.
4.3.9 اضطراب وجداني.
4.3.10 اضطرابات ضلالية.
4.3.11 الفصام.

5. Training Strategy:

5.1 Short-term training:

5.1.1 Objective:

To develop the skills of health care physician to detect and diagnose mental disorders and refer it to centers providing the service.

5.1.2 Training Place:

The main center for the national program of primary mental health.

5.1.3 Training period:

4 days during the month in the rate of two days per week.

5.2. Long-term training:

5.استراتيجية التدريب:

5.1 التدريب قصير المدى:

5.1.1 أهدافه

يهدف لتطوير مهارات طبيب الرعاية لاكتشاف وتشخيص الاضطرابات النفسية وتحويلها لمراكز تقديم الخدمة.

5.1.2مكان التدريب:

المركز الرئيسي للبرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية وخدمة المجتمع.

5.1.3مدة التدريب:

4 أيام خلال شهر بمعدل يوم إلى يومين في الأسبوع.

5.2 التدريب طويل المدى:

5.2.1Objectives:

- Forming the base of teamwork, in either the city or village to provide mental health services.
- Diagnosis and treatment of psychiatric cases.
- Following-up cases and refers cases not resistant to treatment to psychiatrist consultant or to hospital emergency if necessary.

5.2.2Training Place:

- Primary mental health care and community service program in bin Rushed center.
- Psychiatric Hospital.

5.2.3 Training period:

- Two days per week for 6 months in the main center for the national program of primary mental health care.
- Three continuous months with full time released from his work to complete the training in a Psychiatric Hospital with one-day attending PMHC clinic.

5.3. Training physicians enrolled in post graduate program:

5.3.1Objectives:

- Training physicians on diagnosing, treating and following-up mental illness.
- Informing physicians about primary mental health program and services provided in each region and the mechanism of the referring to centers providing the services.

5.3.2 Training Place:

- The main center of the national program of Primary mental health care.

5.3.3 Training period:

- Two weeks for each group or according to the schedule course training in the post graduate

5.2.1أهدافه:

- تكوين نواة فريق عمل سواء في مدينة أو قرية
- لتقديم الخدمات النفسية.
- تشخيص الحالات النفسية وعلاجها.
- متابعة الحالات وتحويل الحالات التي لا توجد فيها استجابة للمعالجة لاستشاري الطب النفسي أو للطوارئ إن لزم.

5.2.1 مكان التدريب:

- المركز الرئيسي للبرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية.
- مستشفى الطب النفسي.

5.2.3مدة التدريب:

- 6 أشهر بمعدل يومين في الأسبوع بالمركز الرئيسي بالبرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية.
- 3 أشهر متواصلة بتفرغ كامل من جهة عمله لاستكمال التدريب في مستشفى الطب النفسي مع التدريب الأسبوعي لمدة يوم واحد في مقر البرنامج.

5.3. تدريب الأطباء الملتحقين ببرنامج الدراسات العليا:

5.3.1 أهدافه:

- تدريب الأطباء على تشخيص ومعالجة ومتابعة الحالات النفسية.
- تعريف الأطباء ببرنامج الرعاية النفسية الأولية والخدمات المقدمة في كل منطقة وآلية التحويل إلى مراكز تقديم الخدمة.

5.3.2 مكان التدريب:

- المركز الرئيسي للبرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية.

5.3.3مدة التدريب:

Applied to: **All PMC staff** العاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Title: Training program for employee in the primary mental health clinic** البرنامج التدريبي للعاملين بالعيادة النفسية الأولية	**Page 5 of 5**
Department: PMC	**Policy Number : PMC-APP-004EA (2)**	**Replaces Number : PMC-APP-004EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

program.

- أسبوعان لكل مجموعة أو حسب منهج التدريب المعتمد في الدراسات العليا.

6. Forms:

- Distribution schedules on trainee's clinics form.
- Evaluation forms at the end of the training period.

6.النماذج:

- جداول توزيع المتدربين على العيادات.
- نماذج التقييم في نهاية مدة التدريب.

7. References:

- Primary Mental Health Care Guide at Family Medicine Center.
- Services Standards of Mental Health Service in accordance with the World Health Organization

7.المراجع:

- دليل الرعاية النفسية الأولية بمركز طب الأسرة
- معايير الخدمة النفسية الأولية في منظمة الصحة العالمية

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: PMC	Title: Mental health Clinic Physician طبيب العبادة النفسية الأولية		Page **1** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date:** 1/6/1444	**Index Number: PMC-JD-001EA (2)**	

1. Unit:Primary mental health clinic

1.الوحدة: العيادة النفسية الأولية.

2. Job Title: primary mental health physician

2.مسمى الوظيفة: طبيب الرعاية النفسية الأولية.

3. Organizational relationship:

3.1 Responsible to - Assistant for Technical affairs.

3.2 Responsible for - None

3.العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام – المساعد للشئون الفنية.

3.2مسئول عن – لا يوجد.

4. Job Summary:

4.1 Care of mental health problem experienced by the patients and follow-up constantly.
4.2 Provide a comprehensive and integrated health care service (therapeutic, rehabilitative, and preventive)
4.3 Provide preventive services for the prevention of mental health problems
4.4 Provide medical education for the patient and his family and primary care providers
4.5 Supervision of primary mental health Clinics in primary health center
4.6 Develop self-knowledge and skills

4. ملخص الوظيفة:

4.1العناية بالمشاكل النفسية التي يعاني منها المرضى ومتابعتها باستمرار.
4.2 تقديم خدمة صحية شاملة ومتكاملة (علاجية, تأهيلية, وقائية)
4.3 تقديم خدمات تعزيزية ووقائية للوقاية من المشاكل النفسية.
4.4 تقديم التثقيف الطبي للمريض وعائلته ولمقدمي الرعاية الأولية.
4.5 الإشراف على العيادات النفسية بالمراكز الصحية.
4.6 تطوير النفس باستمرار في المعرفة والمهارات

5. Job Responsibilities:

5.1Supervision of primary mental health clinics
5.2 Supervision of the clinic team work
5.3 Work development and assistance in solving problems and dealing with difficult patient
5.4 Training of primary care physicians on how to detect and deal with mental health problems
5.5 Mental health awareness in the community with the participation of the working group
5.6 Assess the status of patients by taking full medical history and making necessary tests
5.7 Diagnose mental health problem according to clinical guidelines
5.8 Explain diagnosis and nature of disease to the patients and follow the instructions work (transfer of bad news)
5.9Identify the causes of the symptoms of patient (medical or psychological or social).
5.10 Determine the degree of severity of symptoms of mental health problems, Simple and medium Cases The mental health care physician trainee deal with it.
5.11 Severe or emergency cases should be referring to the psychiatric physician in the clinic or emergency hospital.
5.12 Cases to be refer directly to the hospital –psychotic

5. مسئوليات الوظيفة :

5.1 الإشراف على العيادات النفسية.
5.2متابعة عمل فريق العمل بالعيادة.
5.3تطوير العمل والمساعدة في حل المشكلات والتعامل مع المريض الصعب.
5.4تدريب أطباء الرعاية الأولية على كيفية اكتشاف والتعامل مع الحالات النفسية في المراكز الصحية.
5.5نشر الوعي الصحي النفسي في المجتمع بمشاركة فريق العمل.
5.6تقييم حالة المراجع بأخذ التاريخ المرضي وعمل الفحوصات الضرورية.
5.7تشخيص الحالات النفسية وفق الإرشادات الإكلينيكية.
5.8شرح التشخيص وطبيعة المرض للمراجع بما يكفل التخفيف عنه و إتباع تعليمات عمل (نقل الأخبار السيئة).
5.9تحديد أسباب الأعراض سوء عضوية أو نفسية أو اجتماعية
5.12تحدد درجة شدة أعراض الحالات النفسية فالحالات البسيطة و المتوسطة يقوم طبيب الرعاية النفسية المتدرب بالتعامل معها.
5.11الحالات الشديدة والطارئة يتم تحويلها إلى الطبي بالنفسي أو الطوارئ بالمستشفى.
5.12الحالات الشديدة والطارئة التي تحول مباشرة لمستشفى الطب النفسي –الذهانية (الفصام, ثنائي القطب), الإدمان, الانتحار, اضطرابات النفسية لدى الأطفال.

Department: PMC	**Title: Mental health Clinic Physician** **طبيب العبادة النفسية الأولية**	Page **2** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: PMC-JD-001EA (2)**

(schizophrenia, bipolar), drug abuse, suicidal, child disorder (autism, ADHD)
5.13 Identify the family or social problems that may have an important role in the incidence of mental illness and help patients resolved with the participation of the family
5.14 Put the completion of counseling and follow-up treatment plan according to clinical guidelines.
5.15 Refer patient to psychologist or social worker when needed
5.16 discuss the case with team-work (psychologist, social worker) to put treatment plan
5.17If patient do not improved during treatment plan, the doctor transfer the patient to the psychiatric physician in the clinic or to psychiatric hospital

6. The Plan Scope:
6.1 Presents the primary mental health care physician qualified service in the primary mental health care clinic two days a week and be a place of service in the main center in the national program of primary mental health care clinic in the region or in a clinic providing primary mental health care service at the primary health care centers.
6.2 Receives primary mental health care physician mild to moderate mental disorder such as depression, anxiety types, somatoform disorders, inorganic sleep disorders, cases resulting from social problems, chronic fatigue syndrome and is providing psychological services and discuss the situation with the teamwork to develop an integrated action plan.
6.3 Is converted severe cases, resistance to treatment, psychotic cases, severe depression, postpartum depression and mental illness in children except nocturnal bedwetting to a psychiatrist at the clinic.

7.Qualifications required:
Family physician (diploma or board) or well-trained GP

7.1 Must be holds a degree Bachelor of Medicine and Surgery, at least from an accredited university.
7.2 Should had the training course of the primary mental health program and community service(long-term training)

5.13التعرف على المشاكل الأسرية أو الاجتماعية التي قد يكون لها الدور الهام في حدوث الأمراض النفسية ومساعدة المرضى على حلها بمشاركة الأسرة.
5.14يقوم باستكمال الاستشارة الطبيبة بوضع خطة العلاج والمتابعة حسب الإرشادات الإكلينيكية.
5.15إحالة المراجع للأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي عند الحاجة.
5.16مناقشة الحالة مع فريق العمل (الأخصائي النفسي أو الباحث الاجتماعي) لوضع خطة عمل متكاملة
5.17في حال عدم تحسن المراجع خلال خطة العلاج يقوم الطبيب بتحويله للطبيب النفسي بالعيادة النفسية أو مستشفى الطب النفسي.

6. مجال الخطة :
6.1 يقدم طبيب الرعاية النفسية الأولية المؤهل الخدمة في العيادة النفسية الأولية يومين في الأسبوع ويكون مكان تقديم الخدمة في المركز الرئيسي في للبرنامج الوطني للرعاية النفسية الأولية في المنطقة أو في عيادة تقديم الخدمة النفسية الأولية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
6.2 يستقبل طبيب الرعاية النفسية الأولية المؤهل في العيادة النفسية الأولية الحالات النفسية البسيطة إلى متوسطة مثل الاكتئاب, القلق بأنواعه, الاضطرابات النفس جسدية, واضطرابات النوم الغير عضوية, الحالات الناتجة عن المشاكل الاجتماعية, متلازمة الإعياء النفسي المزمن و يقوم بتقديم الخدمات النفسية و مناقشة الحالة مع فريق العمل لوضع خطة عمل متكاملة.
6.3 يتم تحويل الحالات الشديدة, المقاومة للعلاج, الحالات الذهانية, الاكتئاب الشديد اكتئاب ما بعد الولادة و الأمراض النفسية لدى الأطفال ما عدا التبول الليلي اللاإرادي الى الطبيب النفسي في العيادة.

7.المؤهلات المطلوبة:
طبيب أسرة (دبلوم، بورد أو ما يعادلهما) أو طبيب عام مؤهل.

7.1 يجب أن يكون حاصل على شهادة بكالوريوس الطب والجراحة على الأقل من جامعة معتمدة.

7.2 يجب أن يكون حاصل على الدورة التدريبية ببرنامج الرعاية الأولية وخدمة المجتمع (تدريب طويل المدى).

Department: PMC	**Title: Mental health Clinic Physician** **طبيب العيادة النفسية الأولية**	Page **3** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: PMC-JD-001EA (2)**

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

<u>Receipt and Acknowledgment</u>:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

<u>استلام وإقرار:</u>

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date:** **التاريخ:**	**Supervisor Name &Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date:** **التاريخ:**

Department: PMC	Title: Social Worker أخصائي اجتماعي	Page 1 of 4
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PMC-JD-003EA (2)

1. Section or Unit : Primary mental health clinic

1. الوحدة : العيادة النفسية الأولية.

2. Position Title : Social Worker

2- مسمى الوظيفة :أخصائي اجتماعي

3. Organizational relationship:

3.1 Responsible to - Assistant for Technical affairs.

3.2 Responsible for - None

3.العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام – المساعد للشئون الفنية.

3.2مسئول عن – لا يوجد.

4. Job Summary:

4.1 To receive new cases, which is converted to the social worker and work to reassure them and their families, make them aware of the role of the clinic, and explain the medical services that will provide him with the medical team of the wizard.

4.2 To prepare the initial psychosocial assessment for submission to the psychologist and doctor.

4.3 To conduct the case study.

4.4 To educate the patient's family about the factors this leads to the condition of their patient and the importance of controlling the social factors contributing to the appearance of the disease.

4.5To register the cases of patients referred to him and then performs case study for the patient and record it with the general record of social worker clinic.

4.6 Refer the cases that need assistance of other institutions such as social security or intellectual education institutions etc.

4.7 Prepare the monthly activity report of Social worker clinic as well as the monthly statistical statement for patients attending to the clinic.

4.8 Provide special suggestions about how to improve and upgrade the social work in the clinic and discuss it with the team of treatment.

4.9 Create a special social profile for each case, starting with the social assessment through the official documents and case study (Comprehensive form) then will be kept with clinic of social worker in order to preserve the principle of confidentiality.

4.10 To identify the cases that need special services (prosthetic devices) and to take action to benefit from the services of civil community institutions and follow its procedures until a decision on the requested service had been taken.

4.11 Receive the complaints of patients and their families and respond to their inquiries, work to overcome the

4- ملخص الوظيفة:

4.1 استقبال الحالات الجديدة التي يتم تحويلها للأخصائي الاجتماعي والعمل على طمأنتهم وذويهم وتوعيتهم بدور العيادة وشرح الخدمات الطبية التي سوف تقدم له من الفريق الطبي المعالج.

4.2 إعداد التقييم النفسي الاجتماعي الأولي تمهيداً لعرضها على الأخصائي النفسي والطبيب.

4.3إجراء دراسة الحالة.

4.4 توعية أسرة المريض بالعوامل المؤدية إلى الحالة المرضية لمريضهم وأهمية ضبط العوامل الاجتماعية المساعدة على ظهور المرض.

4.5تسجيل حالات المرضى المحالين إليه والذي يقوم بإجراء دراسة حالة لهم وتسجيلها بالسجل العام للخدمة الاجتماعية.

4.6تحويل الحالات التي تحتاج إلى مساعدة مؤسسات أخرى كالضمان الاجتماعي أو دور التربية الفكرية... إلخ

4.7إعداد تقرير نشاط الخدمة الاجتماعي الشهري وكذلك البيان الإحصائي الشهري عن المرضى المترددين على العيادة.

4.8تقديم مقترحات خاصة بتحسين وتطوير العمل الاجتماعي بالعيادة ومناقشتها مع الفريق المعالج.

4.9إنشاء ملف اجتماعي خاص بكل حالة مبتدأً بالتقييم النفسي الاجتماعي مروراً بالمستندات الرسمية ودراسة الحالة (النموذج الشامل) ويحفظ بعيادة الخدمة الاجتماعية حفاظاً على مبدأ السرية.

4.10التعرف على الحالات التي تحتاج إلى خدمات خاصة (أجهزة تعويضية) واتخاذ إجراءات للاستفادة من خدمات مؤسسات المجتمع المدني وتتبع إجراءاتها حتى يبت في الخدمة المطلوبة.

Department: PMC	Title: Social Worker أخصائي اجتماعي	Page 2 of 4
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PMC-JD-003EA (2)

obstacles that facing them and guide them to sources of the services related to their condition.

4.12 Conduct follow-up with patients and their families through the telephone and urged them to review the plan and a commit to treatment and to provide telephone counseling if need be, and record the same in a special register for telephony procedures

4.11 استقبال شكاوي المرضى وذويهم والمراجعين المترددين على العيادة والرد على استفساراتهم والعمل على تذليل العقبات التي تواجههم وتوجيههم إلى مصادر الخدمات المعنية بحالتهم.

4.12إجراء المتابعة الهاتفية مع المرضى وذويهم وحثهم على المراجعة والانتظام بالخطة العلاجية وتقديم الإرشاد الهاتفي في حالة استدعى الأمر وتسجيل ذلك في سجل خاص بإجراءات الاتصالات الهاتفية.

5- Tasks:

5.1 To meet the patient and his family at the medical facility and provide to them the appropriate service.
5.2 To prepare the treatment plan.
5.3 To collect and register all the information related to the patient, his family circumstances in order to put it in the consideration during applying the treatment plan.
5.4 To provide the treatment team with the social information about the patient that could contribute in his treatment.
5.5 To prepare the social and psychological evaluation of patients in order to provide care and counseling for people who have social and psychological problems that hamper their social performance and contribute to the delay in health status.
5.6 To prepare daily follow-up for the cases of the patients and register it in the medical file.
5.7 To provide the psychological support in order to reduce tension and worries of some patients and their families.
5.8 To contribute in solving the daily problems that faces the patients.
5.9 To explain the facts about the disease and the need to deal with it and the consequences of poor adherence of the patient / family to the therapy.
5.10 To work to overcome the obstacles and economic problems for patients with difficult economic conditions in cooperation with the other community organizations.

5. مسئوليات الوظيفة:

5.1 مقابلة المريض / أسرته بالمنشاة الطبية و تقديم الخدمة المناسبة.
5.2إعداد خطة العلاج.
5.3 جمع و تدوين المعلومات الخاصة بالمريض و ظروفه الأسرية لأخذها في الاعتبار أثناء وضع الخطة العلاجية (دراسة الحالة).
5.4 تزويد الفريق المعالج بالمعلومات الاجتماعية عن المريض للمساعدة في العلاج.
5.5 أعداد التقييم الاجتماعي النفسي للمرضى بهدف تقديم الرعاية و المشورة للأشخاص الذين لديهم مشاكل اجتماعية و نفسية تعوق من أدائهم الاجتماعي وتسهم في تأخر الوضع الصحي.
5.6المتابعة اليومية لحالات المرضى و التسجيل في الملف الطبي.
5.7 تقديم الدعم النفسي لتخفيف حدة التوتر و القلق لدى بعض المرضى و أسرهم.
5.8 المساهمة في حل المشكلات اليومية التي تعترض المرضى.
5.9عرض الحقائق حول المرض و توضيح ضرورة التعامل مع هذه الحقائق و شرح النتائج المترتبة على عدم استمرار العلاج للمريض / أسرته.
5.10 العمل على تخطي العوائق و المشكلات الاقتصادية للمرضى الذين يعانون ظروفاً اقتصادية صعبة بالتعاون مع المؤسسات الخدمية في المجتمع.

6- The Plan Scope:

6.1 To provide better social services in accordance with the standards of practice and ethical codes of conduct to achieve the highest levels of service and satisfaction of the patient.

6. مجال الخطة:

6.1تقديم أفضل الخدمات الاجتماعية وفق معايير الممارسة وضوابط الأخلاق لتحقيق أرقى المستويات في خدمة ورضا المريض.

6.2 To provide the Patient with the Education on the skills and methods that help him cope with the difficulties and problems and train him on how to confront the problem and accept responsibility.

6.3 To make sure that the place of the clinic is convenient, with good ventilation, free of stimuli that give rise to tension, and there should be signboard with Holy Quran verses and graphics.

6.4 First session: To identify the problem and the factors influencing them weather was subjective or environmental, to reassure the patient that the information is kept strictly confidential and to search for solutions to the problem.

6.5 Second session: To discuss the available solutions and to see the possibility of applying them.

6.6 The number of sessions and its duration: Visits to the clinic are classified according to his/her condition, the number of sessions between 4-6 sessions, and the range of session time does not exceed 45 minutes, and to determine the dates of visits for one to two weeks.

6.2تثقيف المريض على مهارات وطرق تساعده على التكيف مع الصعوبات والمشكلات وتدريب المريض على مواجهة المشكلة وتقبل المسؤولية

6.3 أن يكون مكان العيادة مريحة, ذو تهوية جيدة, خالية من المثيرات التي تبعث على التوتر, وجود لوحات جدارية كالآيات القرآنية ورسومات تأملية

5.4الجلسة الأولى: يتم معرفة المشكلة وتحديدها والعوامل المثيرة لها سوأ كانت ذاتية أو بيئية ,طمأنة المريض بان المعلومات تحفظ بسرية تامة والبحث عن حلول للمشكلة

6.5 الجلسة الثانية: مناقشة الحلول المطروحة ومدى إمكانية وسهولة تطبيقها

6.6عدد الجلسات و مدتها: تصنف الزيارات كل حسب حالته, تتراوح عدد الجلسات بين 4-6 جلسات مدة الجلسة لا تتعدى 45-دقيقة وتحديد مواعيد الزيارات من أسبوع الأسبوعين.

7. Required Qualification:

7.1 must be holds a Bachelor degree in Social Sciences.

7. المؤهلات المطلوبة:

7.1 أن يكون حاصل على بكالوريوس علم اجتماع.

Department: PMC	Title: Social Worker أخصائي اجتماعي	Page 4 of 4
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PMC-JD-003EA (2)

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

<u>Receipt and Acknowledgment</u>:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

<u>استلام وإقرار:</u>

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	اسم وتوقيع الرئيس المباشر:
Date: التاريخ:	Date: التاريخ:

Department: PMC	Title: Primary Mental Health Care Nurse. ممرضة العيادة النفسية الأولية	Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PMC-JD-002EA (2)

1-Unit: Primary Mental Care Clinic

1الوحدة: العيادات النفسية الأولية.

2-Position Title: Primary Mental Health Care Nurse.

2.مسمى الوظيفة: ممرضه العيادات النفسية الأولية

3. Organizational Relationship:

3.1Reports to: Nursing supervisor

3.2Responsible for: None

3. العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام: مشرفة التمريض.

3.2 مسئول عن : لا يوجد.

4-Job Summary

4.1 Welcoming and taking care of patient suffering from mental problems and performing the nursing assessment for them to provide preventive and therapeutic services to them

4.2 Must be skilled in the skills required for work in the Primary Mental Care Clinic.

4.3 Required to be updated in her knowledge skill and attitude.

4.4 Participate in Health education of Mental Health Problem.

4.ملخص الوظيفة

1.4 العناية وحسن استقبال مرضى العيادات النفسية الأولية ومتابعتهم وإجراء التقييم التمريضي لهم وذلك لتقديم خدمات علاجيه و وقائية

2.4 يجب أن تكون ذو مهارة في مهارات العمل بالعيادات النفسية الأولية

3.4 يجب أن تطور نفسها باستمرار في المعرفة والمهارات والسلوك.

4.4 المشاركة في التوعية بالأمراض النفسية

5-Job Responsibilities

5.1Responsible for the mental clinic and its contents as equipment and tools.

5.2Ensure the availabilities of all forms, carts and registries required in the clinic and registers in all registries in an accurate way

5.3 Prepare the orders required for the clinic and follow up complete the deficiencies.

5.4The nurse will receive and welcome the patient.

5.5 Open file for the patient keep it with the importance of reassurance of confidentiality.

5.6 Perform the nursing assessment and measurements required in the clinic according to the policies and procedures and includes) blood pressure, pulse, weight) record what notice about general appearance, eye contact, the way of sitting, moving and talking and initial information about his problem to help the way of dealing with the patient which help in the diagnosis

5.7 Registers the results of the nursing assessment and measurements in the patient's health records

5. مسئوليات الوظيفة

1.5 مسئولة عن العيادات النفسية وما تحتويه من عهدة كالأجهزة والأدوات

2.5 تضمن توفير جميع السجلات والبطاقات والمطبوعات في العيادة والتسجيل فيها بكل دقة

3.5 مسئولة عن إعداد الطلبيات الخاصة بالعيادة ومتابعة تأمين النواقص (وتشمل الملزمة الطبية والسجلات والأدوات والأجهزة)

4.5 استقبال المراجع والترحيب به

5.5 فتح ملف للمريض وحفظه مع ضرورة طمأنة المريض عن السرية التامة للمعلومات.

6.5 جراء التقييم التمريضي والقياسات الخاصة بالعيادة وفق تعليمات العمل ويشمل (الضغط, النبض, الوزن) و تدوين كافة الملاحظات التي تم رصدها عن المريض من الشكل العام ونظرة العين وجلسته وحركته وطريقة كلامه والمعلومات المبدئية عن مشكلته للمساعدة في تحديد كيفية التعامل مبدئياً مع المريض وبالطريقة الصحيحة والمناسبة التي تساعد في عملية التشخيص.

7.5 تسجيل القياسات ونتائج التقييم التمريضي في الملف الصحي للمراجع.

5.8 Arranges the entry of the patients to the physician according to the serial number.

5.9Coordinates the follow up visits with the other services according to the plan of care e.g. social. worker, cognitive behavioral therapy and referral

5.10Give the patient an appointment card and will register the date and time in the card and in the. appointment's registry

5.11Performs the monthly and annual statistics and submits it to the concerned person, and keeps a cop of it in the clinic

5.12Participates in performing the annual plan for the clinic

5.13Educates the patients and their families how to deal of the disease, prevention of complications and the importance of follow physician instruction .and compliance on medication

5.14Maintains the clinic clean and protect the patients from infection and accident according to infection. control policies

5.15 Follow up the periodic preventive maintenance of the equipment in the clinic and keep a record for it

5.16 Notifies and documentation of any incident reports.

5.17 Reports to the physician any immediate problem and difficulties that have been rising during the Corse of duties.

8.5 تنظيم دخول المراجعين للطبيب حسب الرقم التسلسلي

9.5 تنسيق مواعيد المتابعة مع الخدمات الأخرى حسب خطة العلاج وتشمل على سبيل المثال الخدمة الاجتماعية العلاج المعرفي السلوكي, التثقيف الصحي والإحالات.

10.5 إعطاء بطاقة موعد للمريض وتدوين تاريخ ووقت

الموعد في البطاقة في سجل المواعيد

11.5 عمل الإحصائيات السنوية والشهرية ورفعها للجهات المختصة مع الاحتفاظ بصورة منها في العيادة

12.5 المشاركة في وضع الخطة السنوية للعيادة

13.5 عمل تثقيف صحي للمرضى وذويهم عن كيفية التعامل مع المرضى والوقاية من المضاعفات والتأكيد على الانتظام في اخذ العلاج وإتباع إرشادات الطبيب.

14.5 مسئولة عن الحفاظ على العيادة نظيفة وحماية المراجعين من العدوى والحوادث حسب سياسات مكافحة العدوى.

15.5 مسئولة عن متابعة الصيانة الدورية الوقائية للمعدات في العيادة, والاحتفاظ بسجل خاص لذلك

16.5 الإبلاغ عن أي حادث وتوثيق ذلك مثل: تقرير حالة

إبلاغ الطبيب عن أي مشاكل فورية وصعوبات قد تنشأ أثناء أداء عملها

6-Required Qualifications

6.1Must be a graduate of accredited school or College of Nursing

6.2Must pass the nursing license examination given by the Saudi council of health specialties.

6.3 Has training course on the work in the primary mental health disease clinic.

6.المؤهلات المطلوبة

1.6 حاصلة على شهادة دبلوم تمريض أو بكالوريوس تمريض أو ما يعادلها.

2.6 أن تجتاز امتحان رخصة التمريض الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات.

3.6 أن تكون مدربة عل العمل بالعيادة النفسية الأولية.

Department: PMC	**Title:** Primary Mental Health Care Nurse. **ممرضة العيادة النفسية الأولية**		Page **3** of **3**
Issue Date: 1/6/1441	**Review Date: 1/6/1444**	**Index Number: PMC-JD-002EA (2)**	

6-Minimum Skills:

7.1 Must be trained on the work of Primary Mental Health Clinic and dealing with Mental disturb patients

7.2 Must have a trained course on first aid measures

7.3 Must have Basic life support course

7. الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

1.7 الحصول على دورات تدريبية على العمل في العيادات النفسية الأولية وكيفية التعامل مع مرضى الاضطرابات النفسية

2.7 حاصلة على دورة الإسعافات الأولية.

3.7 حاصلة على دورة الإنعاش القلبي الرئوي.

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature: اسم وتوقيع الموظف: Date: التاريخ:	Supervisor Name &Signature: اسم وتوقيع الرئيس المباشر: Date: التاريخ:

Department: PMC	Title: clinical psychology أخصائي نفسى إكلينيكي	Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number: PMC-JD-004EA (2)

1.Unit: Primary mental health clinic.

1.الوحدة: العيادة النفسية الأولية

2.Job Title: clinical psychology

2. مسمى الوظيفة: أخصائي نفسي إكلينيكي

3. Organizational relationship:

3.1 Responsible to - Assistant for Technical affairs.

3.2 Responsible for - None

3.العلاقة التنظيمية:

3.1 مسئول أمام – المساعد للشئون الفنية.

3.2مسئول عن – لا يوجد.

4.Position Summary

4.1 To work to remove the factors and causes that led to mental illness.
4.2 Overall confrontation to the symptoms of mental illness.
4.3 Work to solve problems, address them, and convert them to the problems of controlling controlled through scientific methods problems.
4.4 Carry out abnormal behavior modification and learning appropriate behavior mature through behavioral therapeutic methods varied.
4.5 Help the patient get rid of behavioral problems and learn to face the future through the formation of insight and self-awareness development of methods for the patient.
4.6 Help the patient to get rid of the deficit and weaknesses, and to promote and strengthen the strengths and learn about the capabilities and development.
4.7 To do the painful process of transforming experiences to educated and expertise is causing pain to the patient
4.8 Works on changing self-concept in relative terms and the elimination of mismatches between the various self-development and positive self-concept and achieve the application of the concept of self-concept levels.
4.9 Work on self-realization and accept others and accept the establishment of a sound social relation of the patient with the social milieu Ocean
4.10 Visits with be at several sessions

4. ملخص الوظيفة:

4.1 العمل على إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض النفسي.
4.2 المواجهة الشاملة لأعراض المرض النفسي.
4.3 العمل على حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مُسيطر عليها من خلال الأساليب العلمية.
4.4 القيام بعملية تعديل السلوك غير السوي وتعلم السلوك السوي الناضج من خلال المدعمات والأساليب العلاجية السلوكية المتنوعة.
4.5 مساعدة المريض على التخلص من المشكلات السلوكية وتعلم أساليب مواجهتها مستقبلاً من خلال تكوين البصيرة وتنمية الإدراك الذاتي للمريض.
4.6 مساعدة المريض على التخلص من نواحي الضعف والعجز، وتعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات وتنميتها.
4.7 القيام بعملية تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات متعلمة وغير مسببة للآلام لدى المريض
4.8 العمل على تغيير مفهوم الذات بصورة نسبية والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطبيق بين مستويات مفهوم الذات.
4.9 العمل على تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية سليمة للمريض مع الوسط الاجتماعي المحيط.
4.10 تكون الزيارات على عدة جلسات:

First session:
The patient enters the clinic after converted by your doctor and you are greeted by listening to him first hearing about his condition and give him complete freedom to express what's inside "the so-called free spillover" and try the simple sometimes intervene if necessary and give him another appointment with the necessary guidance.

الجلسة الأولى:
يدخل المريض العيادة بعد تحويله من قبل الطبيب يتم استقباله والاستماع له بالجلسة الأولى عن حالته وإعطائه الحرية الكاملة في التعبير عما بداخله "ما يسمى بالتداعي الحر " ومحاولة التدخل البسيط في بعض الأحيان أن لزم الأمر وإعطائه موعد أخر مع الإرشادات اللازمة.

Second Session:

الجلسة الثانية:

begins with cognitive behavioral therapy and special assessment if a patient needs to request and help him to carry out the duties help to change negative behavior

يبدأ العلاج والمعرفي السلوكي وعمل اختبارات، مقاييس، استبيان عن الحالة إذا كان المريض يحتاج لذلك وطلبه بالقيام بالواجبات التي تساعده على تغيير السلوك السلبي.

The dates for the meeting:

- Usually session of 20-25 minutes in new cases and follo sessions of 15-20 minutes
- The number of visits from 4-6 visits depending on the st needs of the patient
- Appointments are initially and then every two weeks to every three months.
- Sometimes the patient is asked to bring closer contact w necessary
- In the absence of any significant progress for the patient condition, the patient is converting to a hospital mental l the region to follow up on his condition.

مدة الجلسة والمواعيد:

- عادة ما تكون الجلسة من 20 – 25 دقيقة في الحالات الجديدة وجلسات المتابعة من 15-20 دقيقة.
- عدد الزيارات من 4-6 زيارات حسب حالة واحتياج المريض.
- المواعيد تكون في البداية أسبوعيا ومن ثم كل أسبوعين إلى أن تصل كل ثلاث أشهر.
- يطلب من المريض أحيانا إحضار أقرب المخالطين له أذا لزم الأمر
- في حالة عدم وجود أي تقدم ملحوظ لحالة المريض يتم تحويل المريض لمستشفى الصحة النفسية التابع للمنطقة لمتابعة حالته.

5.Job Responsibilities:

5.1 psychological diagnostic therapeutic interventions

5.2 assist in providing psychological services for therapeutic program and help the patient to recover.

5.3 Work with the team in the development of the main management plan for the patient based on what its services (psychological assessment - to intervene to solve problems)

5.4 Follow-up the main management plan for the patient.

5.5 Development and improvement of psychological services to solve the problems of mental ill patient.

5.6 Provide services and posts necessary for the development of training program.

5. مسؤوليات الوظيفة:

5.1 تقديم التدخلات النفسية التشخيصية العلاجية

5.2 المساعدة في تقديم الخدمات النفسية للبرنامج العلاجي ومساعدة المريض على التعافي.

5.3 العمل مع الفريق العلاجي في وضع الخطة العلاجية الرئيسية للمريض بناء على ما يقدمه من خدمات (التقييم النفسي – التدخل الموضوعي لحل المشكلات)

5.4 المتابعة الموضوعية للخطة العلاجية الرئيسية للمريض

5.5 تطوير وتحسين الخدمات النفسية لحل المشكلات لمريض النفسية

5.6 تقديم الخدمات والمشاركات اللازمة لتطوير برامج التدريب بالبرنامج.

6.Qualifications needed:

6.المؤهلات المطلوبة:

6.1 Must be holds a Bachelor of Psychology degree.

6.1 يجب أن يكون حاصل على شهادة بكالوريوس علم نفس.

	Name الاسم	Title الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr/ Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature:	Supervisor Name &Signature:
اسم وتوقيع الموظف:	**اسم وتوقيع الرئيس المباشر:**
Date: **التاريخ:**	**Date:** **التاريخ:**





SMOKING CESSATION CLINICS

In Primary Health Care

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr / Khaled Ibrahim Al-Albduelkarim د/خالد إبراهيم العبد الكريم	Assistant undersecretary for Primary Health Care الوكيل المساعد للرعاية الصحية الأولية	

Applied To: **All SCC staff** جميع موظفي عيادة الإقلاع عن التدخين	**Title: Smoking Cessation Clinic Policy** سياسة عيادة الاقلاع عن التدخين	**Page 1 of 4**
Department: SCC	**Policy Number: SCC-DPP-001EA (2)**	**Replaces No.: SCC-DPP-001EA (1)**
Issue Date: 1/6/1441	**Effective Date: 1/7/1441**	**Review Date: 1/6/1444**

1- PURPOSE:

1.1. To develop guidelines for follow-up of patients in the smoking cessation clinic.
1.2. To help smokers quit smoking.
1.3. To improve the health status of smokers and protect them from smoking-related complications.

2- DEFINITIONS:

2.1 **Smoking:** means the use of any type of tobacco products in various forms and methods of use, such as cigarettes, shisha, cigars and others.
2.2 **Quit smoking:** is a person who was a smoker then stopped smoking for at least six months continuously.

3- POLICY

3.1 A smoking cessation clinic equipped with all necessary equipment, medicines and employees should be provided in the health center.
3.2 Employees in the smoking cessation clinic should be qualified and trained in accordance with the Saudi Guidelines for Smoking Cessation Services.
3.3 The treatment service is provided to assist those who wish to quit smoking in a systematic manner based on scientific evidence, taking into account individual variations & personal characteristics of each patient.
3.4 The treatment service is designed to help those who wish to quit smoking from several sessions, the number of which varies depending on the condition of the patient, not less than four sessions, Behavioral therapy is considered the basis, and the doctor when needed will prescribe medications.
3.5 The patient should be involved in the choice of treatment that is most appropriate for him, based on the information that the physician must provide him about the available treatments, their effectiveness and the side effects of the treatment.
3.6 The confidentiality of data and privacy of patient during the provision of the treatment service must be maintained, and written consent must be obtained from him to participate in the group therapy sessions after a clear explanation of the nature of those sessions.

1-الغرض:

1.1. لوضع إرشادات لمتابعة المرضى في عيادة الاقلاع عن التدخين.
1.2. لمساعدة المدخنين في الاقلاع عن التدخين.
1.3. لتحسين الحالة الصحية للمدخنين، ولحمايتهم من المضاعفات المتعلقة بالتدخين.

2-التعريفات:

2.1. **التدخين:** يقصد به تعاطي أي نوع من منتجات التبغ بمختلف أشكالها وطرق استعمالها، مثل السجائر والشيشة والسيجار وغيرها.
2.2. **المقلع عن التدخين:** هو الشخص الذي كان مدخناً ثم توقف عن التدخين لمدة لا تقل عن ستة أشهر متواصلة.

3-السياسات:

3.1 يجب توفير عيادة للإقلاع عن التدخين بالمركز الصحي مجهزة بجميع التجهيزات والمعدات والأدوية والقوى العاملة اللازمة.
3.2 يجب تأهيل وتدريب العاملين في عيادة الإقلاع عن التدخين وفقاً للدليل السعودي لخدمات الإقلاع عن التدخين.
3.3 تقدم الخدمة العلاجية لمساعدة الراغبين في الإقلاع عن التدخين بطريقة منهجية مبنية على البراهين العلمية، مع مراعاة الاختلافات الفردية والسمات الشخصية لكل مراجع.
3.4 تتكون الخدمة العلاجية لمساعدة الراغبين في الإقلاع عن التدخين من عدة جلسات علاجية، يختلف عددها حسب حالة المراجع، ولا تقل عن أربع جلسات، ويعتبر العلاج السلوكي هو الأساس، على أن توصف العلاجات الدوائية بواسطة طبيب العيادة عند الحاجة إليها.
3.5 يجب أن يشارك المريض في اختيار العلاج الأنسب له، وذلك على ضوء المعلومات التي يجب أن يقدمها له طبيب العيادة عن طرق العلاج المتوفرة وفاعليتها والآثار الجانبية للعلاج.
3.6 يجب الحفاظ على سرية البيانات وتوفير الخصوصية للمريض أثناء تقديم الخدمة العلاجية له، ويجب الحصول على موافقة خطية منه على المشاركة في جلسات العلاج الجماعي بعد الشرح الواضح له عن طبيعة تلك الجلسات.

4- PROCEDURES

4.1 When visiting the smoking cessation clinic for the first time, the clinic nurse should perform the following basic tasks:

4.1.1 Receives and welcomes the patient, and makes sure to create an initial positive impression.

4.1.2 Provides a brief overview of the levels of delivery of the treatment service in the smoking cessation clinic.

4.1.3 Opens the electronic file for the patient, and records all patient data.

4.1.4 Evaluates the smoker's condition including:
- Determine the degree of addiction to nicotine.
- Taking height, weight, pressure, pulse and temperature.
- Measure the amount of carbon monoxide in the exhaled air.

4.1.5 Calculates the number of points obtained by the patient in the nicotine addiction and records it in the patient file.

4.1.6 Ensures completion of all the required data and thanks the patient.

4.1.7 Send the patient to the doctor's office and ask him to wait until the doctor calls him.

4.2 The doctor performs the following basic tasks:

4.2.1 Follows the systematic steps to deal with cases, including history, clinical examination, laboratory testing, diagnosis, treatment and follow-up.

4.2.2 Receives and welcomes the patient.

4.2.3 Checks and discuss the measurements in the patient's file.

4.2.4 Evaluates the patient's willingness to quit smoking:
- Implements the steps of the first session if the patient is fully prepared to stop smoking now (see Saudi Guidelines for Smoking Cessation).
- Implements the steps of the stimulation session if the patient is still hesitant or uncertain about making a decision to quit smoking or has chosen a specific date in the

4-الإجراءات:

4.1 عند زيارة المريض لعيادة الإقلاع عن التدخين للمرة الأولى، يجب على ممرض العيادة القيام بالمهام الأساسية التالية:

4.1.1 استقبال المراجع والترحيب به، والحرص على تكوين انطباع إيجابي أولي لديه.

4.1.2 تقديم لمحة موجزة عن مراحل تقديم الخدمة العلاجية في عيادة الإقلاع عن التدخين.

4.1.3 يفتح الملف الالكتروني للمراجع، ويقوم بتسجيل جميع بيانات المريض به.

4.1.4 يقوم بتقييم حالة المدخن والتي تشمل:
- تحديد درجة الإدمان على النيكوتين.
- أخذ الطول والوزن وقياس الضغط والنبض ودرجة الحرارة.
- قياس كمية أول أكسيد الكربون في هواء الزفير.

4.1.5 يحسب عدد النقاط التي حصل عليها المراجع في اختبار درجة الإدمان على النيكوتين ويسجلها في ملف المراجع.

4.1.6 يتأكد من استكمال جميع البيانات المطلوبة، ويشكر المراجع.

4.1.7 يرسل المراجع إلى عيادة الطبيب، ويطلب منه الانتظار حتى يستدعيه الطبيب.

4.2 يقوم الطبيب القيام بالمهام الأساسية التالية:

4.2.1 يتبع الخطوات المنهجية للتعامل مع الحالات، والتي تتضمن: التاريخ المرضي والفحص السريري والفحص المخبري والتشخيص والعلاج والمتابعة.

4.2.2 يستقبل المراجع ويرحب به.

4.2.3 يطلع على القياسات الموجودة في ملف المراجع ويناقشها معه.

4.2.4 يقيم مدى استعداد المراجع للتوقف عن التدخين:
- يطبق خطوات الجلسة الأولى إذا كان لدى المراجع الاستعداد التام للتوقف عن التدخين الآن، (أنظر الدليل السعودي للإقلاع عن التدخين).
- يطبق خطوات جلسة التحفيز إذا كان المراجع ما يزال متردداً أو غير جازم في اتخاذ القرار بالتوقف عن التدخين، أو اختار تاريخاً محدداً في المستقبل للتوقف عن التدخين، (أنظر الدليل السعودي للإقلاع عن التدخين).
- يبدي تفهمه وتقديره لظروف المريض، ويزوده ببعض النصائح، ويطلب منه العودة إلى العيادة عندما يصبح مستعداً للتوقف عن التدخين.

future to stop smoking (see Saudi Guidelines for Smoking Cessation).

- Demonstrates his understanding and appreciation of the patient's conditions, gives him some advice, and asks him to return to the clinic when he is ready to stop smoking.

4.2.5 Provides counselling, advice and guidance to the patient and discuss withdrawal symptoms and ways to deal with them.

4.2.6 Develops the treatment plan with the patient involved, includes appropriate behavioral and pharmacological treatment, and documents all information in the electronic file.

4.2.7 Determines the date of the second session of the patient (one week after the first session) and follows the patient by weekly sessions for four weeks from the date of quitting, (see Saudi Guidelines for Smoking Cessation).

4.2.8 Continues to follow up the patient monthly by telephone for six months.

4.2.5 يقوم بتقديم المشورة والنصائح والإرشادات للمراجع ومناقشة الأعراض الانسحابية وطرق التعامل معها.

4.2.6 يقوم بوضع الخطة العلاجية بقرار مشترك مع المراجع والتي تشمل العلاج السلوكي أو الدوائي المناسب، ويوثق جميع المعلومات في الملف الالكتروني.

4.2.7 يحدد موعد الجلسة الثانية للمراجع (بعد أسبوع من الجلسة الأولى)، ويتابع المراجع من خلال جلسات أسبوعيه لمدة أربعة أسابيع من تاريخ التوقف، (أنظر الدليل السعودي للإقلاع عن التدخين).

4.2.8 يستمر في متابعة المراجع من خلال الاتصال الهاتفي شهرياً لمدة ستة أشهر.

5- RESPONSIBILITIES :

5.1 The smoking cessation clinic's Nurse:

5.1.1 Receives and welcomes the patient, and makes sure to create an initial positive impression.

5.1.2 Opens the electronic file for the patient, and records all patient data.

5.1.3 Evaluates the smoker's condition.

5.1.4 Determines the degree of addiction to nicotine.

5.1.5 Takes height, weight, pressure, pulse and temperature.

5.1.6 Measures the amount of carbon monoxide in the exhaled air.

5.1.7 Calculates the number of points obtained by the patient in the nicotine addiction and records it in the patient file.

5.2 The smoking cessation clinic's doctor:

5.2.1 Follows the systematic steps to deal with cases.

5.2.2 Receives and welcomes the patient.

5.2.3 Checks and discuss the measurements in the patient's file.

5.2.4 Evaluates the patient's willingness to quit smoking.

5.2.5 Implements the steps of the first session if the

5-المسئوليات:

5.1. ممرض عيادة الإقلاع عن التدخين:

5.1.1. استقبال المراجع والترحيب به، والحرص على تكوين انطباع إيجابي أولي لديه.

5.1.2. يفتح الملف الالكتروني للمراجع، ويقوم بتسجيل جميع بيانات المريض به.

5.1.3. يقوم بتقييم حالة المدخن.

5.1.4. يقوم بتحديد درجة إدمان المدخن على النيكوتين.

5.1.5. يقوم بأخذ الطول والوزن وقياس الضغط والنبض ودرجة الحرارة.

5.1.6. يقوم بقياس كمية أول أكسيد الكربون في هواء الزفير.

5.1.7. يحسب عدد النقاط التي حصل عليها المراجع في اختبار درجة الإدمان على النيكوتين ويسجلها في ملف المراجع.

5.2. طبيب عيادة الإقلاع عن التدخين:

5.2.1. يتبع الخطوات المنهجية للتعامل مع الحالات.

5.2.2. يستقبل المراجع ويرحب به.

5.2.3. يطلع على القياسات الموجودة في ملف المراجع ويناقشها معه.

5.2.4. يقيم مدى استعداد المراجع للتوقف عن التدخين.

5.2.5. يطبق خطوات الجلسة الأولى إذا كان لدى المراجع الاستعداد التام للتوقف عن التدخين الآن.

Applied To: All SCC staff جميع موظفي عيادة الإقلاع عن التدخين	Title: Smoking Cessation Clinic Policy سياسة عيادة الاقلاع عن التدخين	Page 4 of 4
Department: SCC	Policy Number: SCC-DPP-001EA (2)	Replaces No.: SCC-DPP-001EA (1)
Issue Date: 1/6/1441	Effective Date: 1/7/1441	Review Date: 1/6/1444

patient is fully prepared to stop smoking.

5.2.6 Implements the steps of the stimulation session if the patient is still hesitant or uncertain about making a decision to quit smoking or has chosen a specific date in the future to stop smoking.

5.2.7 Demonstrates his understanding and appreciation of the patient's conditions, gives him some advice, and asks him to return to the clinic when he is ready to stop smoking.

5.2.8 Provides counselling, advice and guidance to the patient and discuss withdrawal symptoms and ways to deal with them.

5.2.9 Develops the treatment plan with the patient involved, includes appropriate behavioral and pharmacological treatment, and documents all information in the electronic file.

5.2.10 Determines the date of the second session of the patient (one week after the first session) and follows the patient by weekly sessions for four weeks from the date of quitting.

5.2.11 Continues to follow up the patient monthly by telephone for six months.

5.2.6. يطبق خطوات جلسة التحفيز إذا كان المراجع ما يزال متردداً أو غير جازم في اتخاذ القرار بالتوقف عن التدخين، أو اختار تاريخاً محدداً في المستقبل للتوقف عن التدخين.

5.2.7. يبدي تفهمه وتقديره لظروف المريض، ويزوده ببعض النصائح، ويطلب منه العودة إلى العيادة عندما يصبح مستعداً للتوقف عن التدخين.

5.2.8. يقوم بتقديم المشورة والنصائح والإرشادات للمراجع ومناقشة الأعراض الانسحابية وطرق التعامل معها.

5.2.9. يقوم بوضع الخطة العلاجية بقرار مشترك مع المراجع والتي تشمل العلاج السلوكي أو الدوائي المناسب، ويوثق جميع المعلومات في الملف الالكتروني.

5.2.10. يحدد موعد الجلسة الثانية للمراجع (بعد أسبوع من الجلسة الأولى)، ويتابع المراجع من خلال جلسات أسبوعيه لمدة أربعة أسابيع من تاريخ التوقف.

5.2.11. يستمر في متابعة المراجع من خلال الاتصال الهاتفي شهرياً لمدة ستة أشهر.

6- FORMS:

6.1 Electronic health record Forms.

6-النماذج:

6.1 نماذج الملف الالكتروني.

7- REFERRANCES:

7.1 Saudi Guidelines for Smoking Cessation Services.

7-المراجع:

7.1 الدليل السعودي لخدمات الإقلاع عن التدخين.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Department: SCC عيادة الإقلاع عن التدخين	Titled: Smoking Cessation Physician طبيب عيادة الإقلاع عن التدخين		Page 1 of 3
Issue Date: 1/6/1441	Review Date: 1/6/1444	Index Number SCC-JD-001EA (2)	

1.**Section or Unit**: Smoking Cessation Clinic

2. **Position Title**: Smoking Cessation Physician.

3. **Organizational Relationship**:

3.1 Reports to: Medical Director.

3.2 Responsible for: Smoking Cessation Nurse.

4. **Job Summary**:

4.1. Supervision of Smoking Cessation clinic.
4.2. Provision the treatment service to assist those who wish to quit smoking in a systematic manner based on scientific evidence.
4.3. Provides counselling, advice and guidance to the patient and discuss withdrawal symptoms and ways to deal with them.
4.4. Develops the treatment plan with the patient involved, includes appropriate behavioral and pharmacological treatment, and documents all information in the electronic file.
4.5. Provision of the health education for the patient, and his family and caregivers on all topics related to the Smoking Cessation clinic.

5. **Job Responsibilities**:

5.1. Supervision of Smoking Cessation clinic and follow up the nurse's work to improve the work in the clinic.
5.2. The physician will receive and welcome the patient.
5.3. Follows the systematic steps to deal with cases, including history, clinical examination, laboratory testing, diagnosis, treatment and follow-up.
5.4. Checks and discuss the measurements in the patient's file.
5.5. Evaluates the patient's willingness to quit smoking.
5.6. Implements the steps of the first session if the patient is fully prepared to stop smoking now.
5.7. Implements the steps of the stimulation session if the patient is still hesitant or uncertain about making a decision to quit smoking or has chosen a specific date in the future to stop smoking.
5.8. Demonstrates his understanding and appreciation of the patient's conditions, gives him some advice, and asks him to return to the clinic when he is ready to stop smoking.

1-**الوحدة:** عيادة الإقلاع عن التدخين

2-**مسمى الوظيفة:** طبيب عيادة الإقلاع عن التدخين

3-**العلاقة التنظيمية:**

3.1 مسئول أمام: المدير الطبي.

3.2 مسئول عن: ممرض العيادة.

4-**ملخص الوظيفة:**

4.1. الإشراف على عيادة الإقلاع عن التدخين.
4.2. تقدم الخدمة العلاجية لمساعدة الراغبين في الإقلاع عن التدخين بطريقة منهجية مبنية على البراهين العلمية.
4.3. يقوم بتقديم المشورة والنصائح والإرشادات للمراجع ومناقشة الأعراض الانسحابية وطرق التعامل معها.
4.4. يقوم بوضع الخطة العلاجية بقرار مشترك مع المراجع والتي تشمل العلاج السلوكي أو الدوائي المناسب، ويوثق جميع المعلومات في الملف الالكتروني.
4.5. تقديم التثقيف الطبي للمريض وعائلته ومقدمي الرعاية عن كل ما يتعلق بخدمات الإقلاع عن التدخين.

5-**مسئوليات الوظيفة:**

5.1. الإشراف على عيادة الإقلاع عن التدخين ومتابعة عمل ممرض العيادة وذلك لتطوير العمل بالعيادة.
5.2. يقوم باستقبال المراجع والترحيب به.
5.3. يتبع الخطوات المنهجية للتعامل مع الحالات، والتي تتضمن: التاريخ المرضي والفحص السريري والفحص المخبري والتشخيص والعلاج والمتابعة.
5.4. يطلع على القياسات الموجودة في ملف المراجع ويناقشها معه.
5.5. يقوم بتقييم مدى استعداد المراجع للتوقف عن التدخين.
5.6. يطبق خطوات الجلسة الأولى إذا كان لدى المراجع الاستعداد التام للتوقف عن التدخين الآن.
5.7. يطبق خطوات جلسة التحفيز إذا كان المراجع ما يزال متردداً أو غير جازم في اتخاذ القرار بالتوقف عن التدخين، أو اختار تاريخاً محدداً في المستقبل للتوقف عن التدخين
5.8. يبدي تفهمه وتقديره لظروف المريض، ويزوده ببعض النصائح، ويطلب منه العودة إلى العيادة عندما يصبح مستعداً للتوقف عن التدخين.
5.9. يقوم بتقديم المشورة والنصائح والإرشادات للمراجع ومناقشة الأعراض الانسحابية وطرق التعامل معها.

5.9. Provides counselling, advice and guidance to the patient and discuss withdrawal symptoms and ways to deal with them.

5.10. Develops the treatment plan with the patient involved, includes appropriate behavioral and pharmacological treatment, and documents all information in the electronic file.

5.11. Determines the date of the second session of the patient (one week after the first session) and follows the patient by weekly sessions for four weeks from the date of quitting.

5.12. Continues to follow up the patient monthly by telephone for six months.

5.13. Reports to the medical director any immediate problems and difficulties that have been arisen during the course of her duties.

5.14. Perform additional duties as required.

6. **Required Qualifications**:

6.1. Must be a graduate of accredited College of Medicine.

6.2. Must pass the license examination given by the Saudi council of health specialties.

7. **Minimum Skills**:

7.1. Must have trained courses on the work in the Smoking Cessation clinic in accordance with the Saudi Guidelines for Smoking Cessation Services.

7.2. Must have trained courses in the Health education skills.

8. **Professional Experience**:

8.1 Must have at least 2 years working experience as a physician.

5.10. يقوم بوضع الخطة العلاجية بقرار مشترك مع المراجع والتي تشمل العلاج السلوكي أو الدوائي المناسب، ويوثق جميع المعلومات في الملف الالكتروني.

5.11. يحدد موعد الجلسة الثانية للمراجع (بعد أسبوع من الجلسة الأولى)، ويتابع المراجع من خلال جلسات أسبوعيه لمدة أربعة أسابيع من تاريخ التوقف.

5.12. يستمر في متابعة المراجع من خلال الاتصال الهاتفي شهرياً لمدة ستة أشهر.

5.13. يقوم بإبلاغ المدير الطبي عن أي مشاكل فورية وصعوبات قد تنشأ أثناء أداء عمله.

5.14. يقوم بأداء الواجبات الإضافية التي قد تطلب منه حسب الحاجة.

6-المؤهلات المطلوبة:

6.1. يجب أن يكون حاصل على شهادة بكالوريوس الطب والجراحة على الأقل من جامعة معتمدة.

6.2. يجب اجتياز امتحان التصنيف الصادر من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

7-الحد الأدنى من المهارات المطلوبة:

7.1. يجب أن يكون حاصل على دورات تدريبية في العمل في عيادة الإقلاع عن التدخين وفقاً للدليل السعودي لخدمات الإقلاع عن التدخين.

7.2. يفضل أن يكون حاصل على دورات تدريبية في مهارات التثقيف الصحي.

8- الخبرات المطلوبة:

8.1يجب أن يكون لديه خبرة عامين على الأقل في العمل كطبيب.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

Receipt and Acknowledgment:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

استلام وإقرار:

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature: اسم وتوقيع الموظف: Date: التاريخ:	Supervisor Name &Signature: اسم وتوقيع الرئيس المباشر: Date: التاريخ:

1.**Section or Unit**: Smoking Cessation Clinic.

2. **Position Title**: Smoking Cessation Clinic Nurse.

3. **Organizational Relationship**:

3.1 **Reports to:** Smoking Cessation Clinic Physician.

3.2 **Responsible for:** None

4. **Job Summary**:

4.1. Performing the nursing assessment for the patients in the smoking cessation clinic, and registers in all registries and forms of the clinic.

5. **Job Responsibilities**:

5.1. Responsible for the smoking cessation clinic and its contents as equipments and tools.
5.2. Ensures the availabilities of all forms, carts and registries required in the clinic and registers in all registries in an accurate way.
5.3. Prepares the orders required for the clinic and follow up complete the deficiencies.
5.4. Receives and welcomes the patient, and makes sure to create an initial positive impression.
5.5. Provides a brief overview of the levels of delivery of the treatment service in the smoking cessation clinic.
5.6. Opens the electronic file for the patient, and records all patient data.
5.7. Evaluates the smoker's condition including:
- Determine the degree of addiction to nicotine.
- Taking height, weight, pressure, pulse and temperature.
- Measure the amount of carbon monoxide in the exhaled air.

5.8. Calculates the number of points obtained by the patient in the nicotine addiction and records it in the patient file.
5.9. Ensures completion of all the required data and thanks the patient.
5.10. Send the patient to the doctor's office and ask him to wait until the doctor calls him.
5.11. Registers in all registries and forms of the clinic.
5.12. Maintains the clinic clean and protect the patients from infection and accident according to infection control policies.
5.13. Follows up the periodic preventive maintenance of the equipments in the clinic and keep a record for it.

1- **الوحدة:** عيادة الإقلاع عن التدخين

2- **مسمى الوظيفة:** ممرض عيادة الإقلاع عن التدخين

3- **العلاقة التنظيمية:**

3.1 **مسئول أمام:** طبيب عيادة الإقلاع عن التدخين.

3.2 **مسئول عن:** لا يوجد.

4- **ملخص الوظيفة:**

4.1. إجراء التقييم التمريضي لمرضى عيادة الإقلاع عن التدخين والتسجيل في السجلات والنماذج الخاصة بالعيادة.

5- **مسئوليات الوظيفة:**

5.1. مسئول عن عيادة الإقلاع عن التدخين وما تحتويه من عهدة كالأجهزة والأدوات.
5.2. يضمن توفير جميع السجلات والبطاقات والمطبوعات في العيادة والتسجيل فيها بكل دقة.
5.3. مسئول عن إعداد الطلبيات الخاصة بالعيادة ومتابعة تأمين النواقص (وتشمل الملزمة الطبية، والسجلات، والأدوات، والأجهزة).
5.4. استقبال المراجع والترحيب به، والحرص على تكوين انطباع إيجابي أولي لديه.
5.5. تقديم لمحة موجزة عن مراحل تقديم الخدمة العلاجية في عيادة الإقلاع عن التدخين.
5.6. يفتح الملف الالكتروني للمراجع، ويقوم بتسجيل جميع بيانات المريض به.
5.7. يقوم بتقييم حالة المدخن والتي تشمل:
- تحديد درجة الإدمان على النيكوتين.
- أخذ الطول والوزن وقياس الضغط والنبض ودرجة الحرارة.
- قياس كمية أول أكسيد الكربون في هواء الزفير.

5.8. يحسب عدد النقاط التي حصل عليها المراجع في اختبار درجة الإدمان على النيكوتين ويسجلها في ملف المراجع.
5.9. يتأكد من استكمال جميع البيانات المطلوبة، ويشكر المراجع.
5.10. يرسل المراجع إلى عيادة الطبيب، ويطلب منه الانتظار حتى يستدعيه الطبيب.
5.11. التسجيل في السجلات والنماذج الخاصة بالعيادة.
5.12. مسئول عن الحفاظ على العيادة نظيفة وحماية المراجعين من العدوى والحوادث حسب سياسات مكافحة العدوى.
5.13. مسئول عن متابعة الصيانة الدورية الوقائية للمعدات في العيادة، والاحتفاظ بسجل خاص لذلك.

5.14. Ensures proper waste collection, storage and disposable using infection control policies in a way protect staff and environment.
5.15. Responsible for implication of the policies and procedures of the clinic and keeping an updated copy of the manual in the clinic.
5.16. Notifies and documentation of any incident report, sentinel report and Occurrence /Variance report.
5.17. Reports to the physician any immediate problems and difficulties that have been arisen during the course of her duties.
5.18. Perform additional duties as required.

6. <u>Required Qualifications</u>:

6.1. Must be a graduate of accredited school or College of Nursing.

7. <u>Minimum Skills</u>:

7.1. Must have trained courses on the work in the Smoking Cessation Clinic.

5.14. مسئول عن التأكد من جمع النفايات وتخزينها والتخلص منها بصورة سليمة حسب سياسات مكافحة العدوى لحماية الموظفين والبيئة.
5.15. مسئول عن تطبيق السياسات والإجراءات الخاصة بالعيادة والاحتفاظ بنسخة محدثة من دليل العيادة.
5.16. يقوم بالإبلاغ عن أي حادث وتوثيق ذلك مثل: نموذج تبليغ عن حادث، تقرير بحادث جسيم وتقرير حادثة.
5.17. يقوم بإبلاغ طبيب العيادة عن أي مشاكل فورية وصعوبات قد تنشأ أثناء أداء عمله.
5.18. يقوم بأداء الواجبات الإضافية التي قد تطلب منه حسب الحاجة.

6- <u>المؤهلات المطلوبة</u>:

6.1. يجب أن تكون حاصلة على شهادة دبلوم تمريض أو بكالوريوس تمريض أو ما يعادلها.

7- <u>الحد الأدنى من المهارات المطلوبة</u>:

7.1. يجب أن يكون حاصل على دورات تدريبية على العمل في عيادة الإقلاع عن التدخين.

	Name الاسم	Tittle الوظيفة	0Signature التوقيع
Approved by اعتماد	Dr /Fouad Nabil Abu-Ghazala د/فؤاد نبيل أبو غزالة	General Director of PHC Centers مدير عام شئون المراكز	

<u>Receipt and Acknowledgment</u>:

Signature below acknowledges that I have received a copy of my job description and my supervisor has discussed it with me.

<u>استلام وإقرار:</u>

اقر أنا الموقع أدناه بأنني استلمت نسخة من الوصف الوظيفي الخاص بي وتم شرحه ومناقشته من قبل رئيسي المباشر

Employee Name &Signature: **اسم وتوقيع الموظف:** **Date:** **التاريخ:**	**Supervisor Name &Signature:** **اسم وتوقيع الرئيس المباشر:** **Date:** **التاريخ:**

مؤشرات الجودة لخدمات عيادة مكافحة التدخين

مؤشر الجودة رقم (1)	
معدل التردد على العيادات **Recurrent visits per clinics**	
تعريف المؤشر	يبين المؤشر معدل التردد على العيادة كل ثلاثة أشهر والذي يعبر عن مدى جودة الخدمات العلاجية المقدمة ومدى التزام المريض بالبرنامج العلاجي
نوع المؤشر	مؤشرات العمليات Process indicators
كيفية قياس المؤشر	
المسئول عن القياس	طبيب العيادة
تكرارية القياس	كل 3 أشهر
مصدر بيانات المؤشر	البرنامج الإلكتروني
كيفية تجميع البيانات	يقوم طبيب عيادة الإقلاع عن التدخين كل ثلاث أشهر بحساب نسبة عدد المترددين إلى عدد المراجعين في العيادات عن طريق البرنامج الالكتروني
المعادلة الحسابية	عدد المترددين على العيادة في آخر 3 أشهر × 100 ـــــــــــــــــــــــــــــ العدد الكلي للمراجعين في العيادة
المستهدف	100 %
المسئول الذي يتم إبلاغه	المدير الطبي

مؤشرات الجودة لخدمات عيادة مكافحة التدخين

مؤشر الجودة رقم (2)	
نسبة عدد المقلعين عن التدخين من عدد المراجعين الكلي لعيادة الإقلاع عن التدخين **The number of quitters per total number of clients**	
تعريف المؤشر	- يبين المؤشر عدد المقلعين عن التدخين بالنسبة لعدد مراجعي عيادة الإقلاع عن التدخين كل ثلاثة أشهر
نوع المؤشر	مؤشرات النتائج Outcome indicators
كيفية قياس المؤشر	
المسئول عن القياس	طبيب العيادة
تكرارية القياس	كل 3 أشهر
مصدر بيانات المؤشر	البرنامج الإلكتروني
كيفية تجميع البيانات	يقوم طبيب عيادة الإقلاع عن التدخين كل ثلاث أشهر بحساب نسبة عدد المقلعين عن التدخين مقارنةً بعدد المراجعين الكلي لعيادة الإقلاع عن التدخين كل ثلاثة أشهر , وذلك من خلال معلوماتهم المسجلة بالبرنامج الإلكتروني
المعادلة الحسابية	$\frac{\text{عدد المقلعين عن التدخين} \times 100}{\text{العدد الكلي للمراجعين في العيادة}}$
المستهدف	% 100
المسئول الذي يتم إبلاغه	المدير الطبي

خريطة تدفق إجراءات عيادة الاقلاع عن التدخين

